

Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização de Enfermagem de Reabilitação

Relatório de Estágio

A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Reabilitação, para com a pessoa com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica e a sua preparação para a alta


Paulo Jorge Domingues Plácido

Orientador: Professor: Joaquim Paulo Oliveira

Lisboa

2016

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



PENSAMENTO

“O segredo de progredir é começar. O segredo de começar é dividir as tarefas árduas e complicadas em tarefas pequenas e fáceis de executar e depois começar pela primeira.”

Mark Twain

AGRADECIMENTOS

Por detrás das nossas realizações pessoais, esta muito de nós mesmo, mas também, muitos dos outros. Muitas contribuições, apoio, sugestões, partilhas e críticas, que foram decisivas neste percurso de desenvolvimento académico. Perante isso menciono aqui esses outros, porque sem eles, certamente não seria a mesma coisa...

Os doentes da ULS Guarda, que partilharam comigo as suas vivências e que foram a principal fonte de informação, inquietude e aprendizagem.

Os profissionais da ULS Guarda, em especial do serviço de Pneumologia e da UCSP de Fornos de Algodres, que me acolheram e com quem partilhei experiências, boas e menos boas.

Os meus orientadores, a Enfermeira Gina Monteiro e o Enfermeiro Armando Mocho, pela autonomia e apoio que me deram, pelas aprendizagens que me proporcionaram e pelo entusiasmo que me transmitiram.

O meu orientador, o Professor Joaquim Paulo, pela disponibilidade e visão clínica, pelas suas críticas, mas também pelo apoio e compreensão prestada.

Os meus colegas de especialidade/ mestrado pela amizade construída e pela partilha e sugestões dadas.

As minhas chefias, Enfermeira Lurdes e Enfermeiro Armando, pela gestão do horário que me permitiram e os meus colegas do Hospital e do Centro de Saúde, pela força e carinho, turno após turno.

Os meus amigos, pelos momentos em que não pode estar presente.

A minha família... os meus pais que sempre me incentivaram e que têm uma grande responsabilidade na pessoa que hoje sou, a minha avó que me enche de mimos e à Filipa que me incentivou e que me compreende naturalmente.

A Todos eles o meu MUITO, MUITO OBRIGADO!!!!

SIGLAS

AVD - Atividade de Vida Diária

DGS – Direção Geral de Saúde

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

EEER – Enfermeiro Especialista em Reabilitação

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

FEV - Forced Expiratory Volume

FVC - Forced Vital Capacity

GOLD - Global Initiative for Chronic Lung Disease

OE – Ordem dos Enfermeiros

OLD – Oxigénio de Longa Duração

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONDR – Observatório Nacional das Doenças Respiratórias

MS – Ministério da Saúde

RFR - Reabilitação Funcional Respiratória

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UE – União Europeia

ULS – Unidade Local de Saúde

RESUMO

Os enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação (EEER), são profissionais detentores de competências técnico científicas, que lhes permitem prestar cuidados especializados ao doente, família e comunidade, tendo a qualidade de vida como objetivo fundamental na sua prática. A capacitação do doente, com vista à auto gestão da sua saúde e das manifestações clínicas que advêm da doença crónica, é um dos propósitos principais destes profissionais. No seu dia a dia, os EEER que estão inseridos numa equipa multidisciplinar, estabelecem uma relação de parceria com os doentes / família a quem prestam cuidados, com a finalidade de atingir o mais alto nível de independência funcional nas atividade de vida diária (AVD), promovendo, deste modo, o autocuidado e reforçando os comportamentos de adaptação positiva perante a doença (Hoeman, 2000).

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), afeta um elevado número de doentes de várias idades e caracteriza-se por exacerbações agudas recorrentes, sendo a dispneia e a tosse as principais queixas e, consequentemente, responsáveis pela incapacidade temporária ou permanente que provocam. A DPOC é responsável por uma morbilidade significativa e por uma elevada taxa de mortalidade a nível mundial. Por sua vez, está associada a impactos físicos e psicológicos no doente e família, bem como a enormes gastos económicos na sociedade, constituindo, assim, um problema de saúde pública (Direção Geral da Saúde (DGS), 2014).

Apesar da DPOC ser uma doença não reversível, tem um carácter “*prevenível*” e tratável, assumindo a reabilitação funcional respiratória (RFR), um papel fulcral no alívio dos sintomas, na promoção dos autocuidados e na recuperação física e psicológica do doente, bem como na sua reintegração social. A RFR é motora, para além de envolver um conjunto de exercícios respiratórios precoces, deve envolver, também, a educação para a saúde e a otimização terapêutica, tendo em vista a preparação para a alta iniciada precocemente (Cordeiro & Menoita, 2014).

Palavras Chave:

“Cuidados de Enfermagem” “Reabilitação” “Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica” “Preparação para alta”

ABSTRACT

Rehabilitation Nurses (REHAB NURSES-RN) are holders of scientific and technical skills that allow them to provide specialized care to the patient family and community having the quality of life as the main goal in their practice. One of the main purposes of these professionals is to improve the patient's self management ability of his self care and identify and manage clinical symptoms that may arise out of the chronic disease.

In their daily routine the Rehabilitation Nurses (RN) who work as part of a multidisciplinary team establish a partnership relation with the patient /family to whom they provide care with the aim of achieving the highest level of functional independence in their daily life activities (DLA) hence promoting self-care and reinforcing positive adaptation behaviours to face the disease (Hoeman, 2000).

Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) affects a large number of patients of different ages and is characterized by recurrent acute exacerbations being dyspnea and cough the main complaints and consequently responsible for temporary or permanent incapacity. COPD is responsible for a significant morbidity and by a worldwide high rate of mortality. Besides it is associated with the physical and psychological impacts on the patient and caring family as well as the huge economic costs on society therefore responsible for a public health problem (Health General Direction (HGD), 2014).

In spite of being a non reversible disease Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) has a preventable and treatable character so the respiratory functional rehabilitation (RFR) has a decisive role in the relief of symptoms in the promotion of self - care behaviour and in the patient's physical and psychological recovery as well as on his social reintegration.

Motor and Respiratory Functional Rehabilitation (MRFR) must combine not only a set of early breathing exercises but also include health education and therapeutic optimization in order to prepare for a premature hospital discharge. (Cordeiro & Menoita, 2014)

Key words: *"Nursing Care" "rehabilitation" "Chronic Obstructive Pulmonary Disease" "Preparation for discharge from hospital"*

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	9
1. REFERENCIAL TEORICO ASSOCIADO AO PROJETO DE ESTÁGIO	11
1. 1. Identificação e contextualização da Problemática	11
1. 2. Justificação da escolha do tema.....	13
1.3. Enquadramento conceptual	15
1. 3. 1. A Pessoa com DPOC	16
1. 3. 2. Intervenção do EEER	18
1. 3. 3. Referencial Teórico	20
1. 4. Objetivos e sua operacionalização	22
1. 5. Estrutura do Relatório.....	24
2. EXECUÇÃO DAS TAREFAS PREVISTAS	25
2. 1. Descrição das atividades desenvolvidas em função dos objetivos e das competências do EEER	25
2. 2. Análise e reflexão sobre os resultados obtidos	43
3. AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE APRENDIZAGEM / ESTÁGIO ...	62
4. CONCLUSÕES E TRATABALHOS FUTUROS	69
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	74

APÊNDICES

Apêndice I – Projeto de Estágio

Apêndice II – Classificação da DPOC

Apêndice III – Cronograma de Atividades

Apêndice IV – Projeto Reabilita, Mais saúde mais Vida

Apêndice V – Escalas de Avaliação

Apêndice VI – Folhas de registo de reabilitação

Apêndice VII – Sessão Otimização da Terapêutica Inalatória

Apêndice VIII – Panfletos

Apêndice IX – Comunicação Livre “A influência da literacia em saúde na gestão da DPOC”

Apêndice X – Avaliação dos Orientadores

INTRODUÇÃO

Chegado à fase final do processo de aprendizagem e de desenvolvimento de competências, inerentes ao 6º Curso de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, uma última e decisiva etapa se concretiza, assumindo-se como o reflexo da aprendizagem, obtida nos últimos 3 semestres.

Assim no âmbito da Unidade Curricular de Estágio com Relatório inserida no plano de estudos do referido curso, lecionado na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, surge a necessidade de elaborar, um relatório de estágio, onde se relata a resposta ao problema, associado ao processo de ensino aprendizagem e formação profissional, previamente delineado e planeado na Unidade Curricular de Ensino Clínico – Opção II.

A elaboração de um trabalho desta ordem, em que se procura sedimentar a arte da enfermagem ou arte do cuidar, através de bases teóricas e científicas, traduz-se num complexo exercício, de constantes e profundas alterações associadas, por um lado à maneira de agir, inerente à própria conduta e por outro à arte de pensar e refletir. Desta forma o presente relatório, traduz reflexivamente todo o trabalho desenvolvido, bem como todas as competências adquiridas ao longo de todo este nível de formação académica e sobretudo, consolidadas ativamente, ao longo de todo o estágio.

De acordo com Queirós (2003), o estágio traduz uma das formas mais antigas de aquisição de conhecimentos e representa a melhor forma de adquirir experiência e saber estar, o que favorece a aprendizagem de competências em contexto profissional, já que este possibilita uma vivência real da atividade. Só assim é possível autenticar vivências, consolidar conhecimentos e reforçar toda a atividade académica e profissional. Cada estágio desenvolvido assume na experiência pessoal uma grande importância, representando o mesmo, uma espécie de missões com objetivos, que são previamente definidos no Projeto de Estágio.

Assim sendo, e porque é fundamental na consolidação de conhecimentos e na reflexão que se faz relativa ao período de estágio, realiza-se um relatório crítico de atividades, de forma a analisar todo um processo de aprendizagem. Este relatório centra a sua atenção nas competências do EEER, essencialmente na forma como estas foram alcançadas ao longo de todo este percurso e assim dar uma resposta à

temática “A Intervenção, do EEER, para com a pessoa com DPOC e a sua preparação para a alta.”, como área de interesse pessoal.

A DPOC é considerada uma das principais causas de perda da qualidade de vida, associada a uma elevada taxa de mortalidade e de morbilidade crónica, na sociedade atual, sendo espectável o seu aumento progressivo nos próximos anos. Esta tem impacto, a nível da própria pessoa, família / cuidadores e também na sociedade, constituindo por isso um problema de saúde pública. Assim é necessário planear e implementar cada vez mais intervenções de âmbito nacional, dirigidas à prevenção e controlo da DPOC (DGS, 2010).

Para além das intervenções de âmbito geral relacionadas com programas de saúde emanadas pela DGS, existem intervenções transversais a esses programas e que estão relacionadas com a reabilitação respiratória e motora dos doentes acometidos à DPOC. Estas permitem promover a recuperação da capacidade respiratória do doente, reduzindo tempos de internamento, gastos medicamentosos e sobretudo melhorar a qualidade de vida do doente e família, bem como o seu bem-estar social e da sociedade, em geral (DGS, 2009).

Perante o que fora abordado anteriormente ressalta à vista a importância do EEER na promoção dos autocuidados e na maximização do potencial funcional e de independência de doentes e família, com qualquer nível de incapacidade ou de dependência, independentemente da sua origem. O EEER possui um conjunto de competências, que lhe permitem promover na sua intervenção o diagnóstico precoce e a implementação de ações de enfermagem de reabilitação, de carácter preventivo e curativo, com o objetivo de manter ou recuperar a independência nas AVD e de promover a reintegração do doente na família e na comunidade. Para isso é extremamente importante a promoção de uma preparação para a alta, realizada precocemente, de forma a que, o doente / família ou cuidadores, estejam preparados para darem continuidade aos tratamentos e sobretudo para terem a capacidade de promover a auto gestão e auto controle da sua patologia (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2010).

1. REFERÊNCIAL TEORICO ASSOCIADO AO PROJETO DE ESTÁGIO

Este relatório de estágio guia-se pelo planeamento efetuado no projeto de estágio, sendo este o fio conduto, que possibilita o desenvolvimento das capacidades e competências, (Carvalho & Diogo, 1999). Mediante todo isto, faz sentido apresentar, neste primeiro capítulo uma descrição breve de todos os componentes teóricos apresentados mais detalhadamente no projeto de estágio (Apêndice I).

1. 1. Identificação e contextualização da Problemática

De acordo com a Eurotrials (2007), as patologias respiratórias são responsáveis por cerca de 3.025.000 óbitos anuais a nível mundial, dos quais 1.620.000 (53,5%) são homens e 1.405.000 (46,5%) referem-se a mulheres. Sendo os indivíduos do sexo masculino a partir dos 60 anos os mais atingidos.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2008), as doenças respiratórias, das quais se destaca a DPOC, irão ultrapassar as Doenças cardiovasculares, num futuro próximo, sendo espectável, que segundo previsões prévias, em 2030, seja considerada a 4ª causa de morte, no mundo.

Em Portugal, segundo dados fornecidos pela DGS (2014), a mortalidade associada às doenças respiratórias constitui a 3ª causa de morte, imediatamente, a seguir às doenças cardiovasculares e neoplásicas. Através da análise comparativa da taxa de mortalidade, associada às doenças respiratórias (/100000 habitantes) em Portugal e na União Europeia (UE), entre 2007 e 2011, constatou-se que o nosso país ocupa o terceiro lugar, logo a seguir à Irlanda e ao Reino Unido, dos países da EU, com maior taxa de mortalidade (DGS, 2014).

De acordo com Teles de Araújo, (2013), em Portugal as doenças respiratórias crónicas afetam cerca de 40% da população, com a DPOC a representar 14,2% dessas patologias em pessoas com mais de 40anos.

Ao contrário das doenças cardiovasculares, cuja sua mortalidade e incidência tem vindo a decrescer, a mortalidade associada à doença respiratória, tem vindo a

aumentar exponencialmente ao longo dos anos (Teles de Araújo, 2013). Estes dados vão de encontro à minha experiência pessoal, pois no meu dia-a-dia, verifico um crescente número de doentes que chegam até mim, acometidos com estes problemas, causadores de um elevado número de comorbilidades e de mortalidade e que necessitam de um conjunto de medidas especializadas para o controlo e prevenção das exacerbações e das manifestações clínicas que a patologia respiratória apresenta.

Apesar do decréscimo da taxa de internamentos, a DPOC, é responsável por elevados encargos a nível da sociedade, exigindo uma gestão eficaz em termos de sustentabilidade. Pois, esta é responsável por uma elevada recorrência às consultas médicas e aos serviços de urgência, bem como por um significativo número de internamentos hospitalares, frequentemente prolongados. Contribui para um elevado consumo de fármacos e de oxigenoterapia e ventiloterapia domiciliárias de longa duração. Na verdade, verifica-se uma tendência para o aumento significativo, a médio e longo prazo, da inatividade da população ativa e dos custos diretos com esta, uma vez que se preveem mais agudizações e internamentos. É urgente mudar esta realidade, sobretudo em Portugal.

Os doentes que se encontram em situação crítica, resultante de agudizações ou recidivas da DPOC, na sua fase aguda, são submetidos a tratamentos e procedimentos invasivos realizados em contexto de Urgência e de Cuidados Intensivos. Este fato faz com que, estes, na sua maioria quando chegam aos serviços de internamento, já venham numa fase pós aguda, o que não quer dizer que, não existam recidivas, com o respetivo agravamento do seu quadro clínico. Perante estas situações é exigido ao enfermeiro competências para a sua deteção o mais precoce possível e respetiva atuação, sem nunca descuidar a preparação para alta, procurando a maior autonomia possível na satisfação dos autocuidados do dia-a-dia, tal como Orem defende (George, 2000).

Segundo a OMS (2008), a DPOC para além de ter um grande impacto na sociedade, no indivíduo e família esse impacto ainda é maior. Cerca de ¼ dos seus portadores consideram-se inválidos no seu dia a dia, muito por causa dos problemas respiratórios. Muitos doentes têm uma visão negativista do futuro, afirmando mesmo, terem medo de sair de casa, muito por causa do embaraço causado pela tosse e

dispneia. De acordo com a DGS (2014), muito doentes com DPOC afirmam a inaptidão para manter o estilo de vida, que tinham antes, sendo, mesmo incapazes de preservarem a sua atividade laboral. Para além disso, muitos deixam de ser capazes de cuidar dos filhos ou da família, o que faz, com que, desenvolvam sentimentos de isolamento e de encargo para com os outros.

Segundo a DGS (2014), os encargos económicos para a sociedade, são agravados pela diminuição da população ativa. Para além deste fato ser um problema para a sociedade, também o é para o doente e sua família, pois muitos são incapazes de planejar o seu futuro. Situação agravada pela diminuição do rendimento total do agregado familiar, como resultado da condição apresentada.

Perante, a consequente, dependência cada vez maior do doente com DPOC, a família é muitas vezes chamada a intervir na prestação de cuidados e em contra partida, também é flagelada com problemas e limitações que a própria doença induz, nomeadamente, ao nível dos objetivos de vida, que são alterados, bem como o impacto financeiro e psicossocial devastador da DPOC, especialmente em pessoas que estão no ativo. Pois existem muitos casos em que elementos do agregado familiar deixam de trabalhar para cuidarem dos seus entes queridos (DGS, 2014).

Todos estes impactos anteriormente descritos definem a DPOC como um dos problemas de saúde pública de maior magnitude, do Século XXI. Perante isto torna-se imperiosa a existência de uma intervenção de saúde pública de âmbito nacional, planeada e dirigida ao combate da DPOC. Para este fato, muito contribuiu o Programa Nacional de Prevenção e Controlo da DPOC, aprovado em Fevereiro de 2005, centrado, não apenas na prevenção primária mas, essencialmente, nas prevenções secundária e terciária, exigindo uma combinação de esforços de todos os serviços prestadores de cuidados, a fim de se obterem ganhos em saúde e assim melhorar a qualidade de vida da sociedade (Ministério da Saúde, 2005).

1. 2. Justificação da escolha do tema

O fato de atualmente estar a desempenhar funções na comunidade, como membro integrado numa Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), numa região do interior, acrescida à minha experiência profissional de 5 anos em

contexto hospitalar verifico que os números e fatos mencionados no sub capítulo anterior correspondem à minha realidade profissional e pessoal.

Durante os 5 anos que trabalhei em contexto hospitalar apercebi-me da grande ocorrência de internamentos e consequentemente de comorbilidades associadas às patologias respiratórias, de entre as quais se destacava a DPOC. Constatei que esta afetava os vários escalões etários mas sobretudo os de idades mais avançadas e por vezes acometidos à multipatologia. Esta realidade despertava em mim, por um lado uma grande preocupação, relacionada com os elevados encargos físicos, psicológicos e sociais, existentes no seio, do doente, família e sociedade, mas por outro uma grande ansia de ajudar, relacionada com a reabilitação deste tipo de doentes, de forma a contribuir ativamente para a promoção dos seus autocuidados e para a melhoria da qualidade de vida destes. Indo assim, de encontro à verdadeira essência da enfermagem de reabilitação.

Atualmente, nos vários contextos e realidades, onde o EEER intervém é notório o seu interesse, na promoção da qualidade de vida das pessoas. Este ao constituir uma equipa multidisciplinar, desenvolve, com os seus pares e com as pessoas alvo dos seus cuidados, um conjunto de estratégias que visam potenciar os autocuidado e a promoção da qualidade de vida para que a pessoa se realize a níveis cada vez mais elevados.

Azevedo (2008) afirma que a RFR constitui um processo global e dinâmico, desempenhado por profissionais de saúde e especialistas, que trabalham em colaboração com o médico, com o próprio doente e família e cujo objetivo é a recuperação física e psicológica da pessoa, de forma a possibilitar a sua reintegração social, visando o seu bem-estar e máxima autonomia.

Segundo Cordeiro & Menoita (2012), a RFR deve ter sempre em conta um conjunto de fatores associados, sendo eles, a própria patologia em si (estadiamento, estabilização, agudização e patologias associadas), a pessoa (nível de instrução e de aprendizagem, situação familiar e profissional), o local onde esta se realiza, bem como os meios utilizados.

O regresso a casa deste tipo de doentes, constitui um momento determinante na sua vida, no qual o EEER é responsável pela promoção da autonomia face ao autocuidado e pela promoção das competências dos agentes informais de

autocuidado terapêutico e do seu bem-estar, bem como, para as necessidades de cuidados na sociedade atual (Orem & Taylor, 2011).

Para Petronilho (2007) a preparação da alta é essencial, mas no entanto ainda não é assumida como uma prática profissionalizada. Pois, a participação da família no regresso do doente, a casa, ainda não é um acontecimento banal na prática de todos os enfermeiros sendo portanto um processo pouco sistematizado. Existem estudos que comprovam que a existência de necessidades não satisfeitas, uma má utilização dos recursos da comunidade, o inadequado acompanhamento no pós alta, são resultado de um planeamento de alta deficitário, traduzindo-se na falta de preparação para os auto cuidados e no recurso regular, aos serviços de saúde.

A preparação para a alta exige uma interligação entre os profissionais de saúde, com a pessoa dependente e sua família /prestador de cuidados, com início na admissão e decorrendo até à reintegração do doente em contexto familiar e social. Torna-se absolutamente necessário adaptar os hábitos de vida do doente com DPOC no pós programa de RFR, de forma a ter hábitos de vida mais ativos e saudáveis, no seu dia a dia (Petronilho, 2007).

Tendo em conta os fatos anteriormente descritos a RFR é crucial na melhoria da qualidade de vida dos doentes do foro respiratório e não só. Assim apesar dos inúmeros avanços existentes ainda existe muito a fazer. De acordo com a minha experiencia constato que em contexto hospitalar o número de horas de cuidados, de reabilitação ainda é muito reduzido, pois muitas vezes a inexistência de profissionais qualificados para o efeito, ou a sua reduzida carga horaria são fatores limitadores. Apesar de estar em contexto comunitário ainda à pouco tempo já tive oportunidade de constatar que a realidade da reabilitação ainda é pior, pois os recursos disponíveis são escassos e na maioria das vezes a continuidade de cuidados não se processa. Todos estes fatores descritos, bem como as realidades constatadas atribuem mais ênfase à escolha desta temática, tornando-a muito gratificante para mim, pessoal e profissionalmente.

1. 3. Enquadramento conceptual

Depois de constatar a realidade descrita anteriormente vou procurar desenvolver a aprendizagem e aprofundar os conhecimentos e as competências

nesta área que tanto me fascina e admira. Toda a intervenção de enfermagem de Reabilitação junto do doente que sofre de DPOC induz-me uma vontade cada vez maior de o cuidar o melhor possível, procurando promover a sua qualidade de vida e o próprio auto controlo da situação patológica, bem como a adaptação à sua nova situação de saúde.

1.3.1. A Pessoa com DPOC

Com o desenvolvimento da ciência foi possível adquirir mais conhecimento sobre as doenças pulmonares, sobretudo a DPOC, essencialmente ao nível do seu diagnóstico e tratamento. A justificação para esta dedução encontra-se no fato do mecanismo fisiopatológico mostrar a localização e a(s) causa(s) do distúrbio respiratório.

Segundo Marek, Phipps & Sands (2003), as doenças pulmonares podem ser restritivas e obstrutivas. Centrando a atenção, apenas nas doenças obstrutivas, como sendo a temática em desenvolvimento, estas resultam do aumento da resistência à passagem do ar, tornando a expiração, a fase mais afetada, devido à redução do calibre das vias aéreas. Este fato acontece devido ao aumento do volume residual pulmonar no final da expiração, pelo que o indivíduo terá menor volume corrente na inspiração seguinte.

A comunidade científica emprega a designação DPOC a um grupo de doenças – bronquite crónica, bronquiolite obstrutiva e enfisema – que podem ou não coexistir em simultâneo (Lynes, 2007). A GOLD (2011), define DPOC, como sendo uma doença de caráter “*prevenível*” e tratável, com alguns efeitos extrapulmonares importantes, nomeadamente a nível cardíaco, renal e músculo-esquelético, caracterizados pelo desenvolvimento progressivo da limitação (obstrução) das vias aéreas que não é completamente reversível.

De acordo com Presto & Damázio, (2009), a incidência da DPOC encontra-se associada a um conjunto de fatores de ordem genética, constitucional, comportamental, sócio - demográfica e ambiental. De todos eles o que assume maior importância é o tabagismo, sendo este responsável pelo aparecimento da doença a partir dos 50 anos. Perante esta, situação têm surgido inúmeros programas de cessação tabágica como forma de prevenção e tratamento da doença.

Pensa-se que a interação entre fatores genéticos, tais como a deficiência de α 1-antitripsina e os fatores sócio - ambientais, de onde se destaca a exposição ambiental, a poeiras ocupacionais e a irritantes químicos por períodos de tempo prolongados e com grande intensidade, sejam responsáveis por 10 a 20% dos sintomas relacionados com a DPOC. Por fim, fatores como a existência de infeções respiratórias graves na infância, associadas a baixas condições socioeconómicas, também estão inerentes à incidência da DPOC (Canteiro et al., 1997).

De acordo com Albert et al., (2008), a diminuição do fluxo respiratório característico da DPOC, deve-se a uma resposta inflamatória anómala, resultante do contato de substâncias tóxicas ou nocivas com o parênquima pulmonar. Com este fato, células do sistema imunitário, são recrutadas e ativadas no pulmão produzindo mediadores inflamatórios que podem destruir e dilatar o parênquima pulmonar (enfisema), conduzindo também a uma hiperplasia das glândulas mucosas provocando uma maior produção de muco (bronquite crónica). A hipersecreção de muco conduz a uma limpeza, ineficaz, das vias aéreas, causadora de infeções respiratórias exacerbando todo o processo inflamatório. Concomitante a tudo isto pode existir uma hipertrofia da musculatura lisa dos brônquios com maior probabilidade de obstrução grave no caso de broncoespasmos (bronquiolite obstrutiva). Tudo isto se traduz num ciclo vicioso, para o qual se desenvolveram formas concretas de avaliação e classificação objetiva da gravidade da DPOC, com base nas manifestações clínicas apresentadas (Presto & Damázio, 2009).

Segundo Gomes (1996), os sinais da DPOC mais característicos abrangem a tosse, com possibilidade de esta ser produtiva e por isso acompanhada de expectoração, pieira e dispneia, esta normalmente encontra-se inerente a esforços físicos mais ou menos intensos. Em fases avançadas da doença, com quadros de diminuição significativa da função respiratória, associados à obstrução das vias aéreas é frequente encontrar doentes com semiologia clínica característica, de onde se elenca, os lábios semicerrados na expiração, a utilização dos músculos respiratórios acessórios, o tórax insuflado, prolongamento do tempo expiratório, sibilâncias e cianose.

Tendo com base na DGS (2010), o diagnóstico da DPOC deve ser efetuado tendo em conta a existência de sintomas respiratórios crónicos e progressivos

(tosse, expetoração, dispneia, cansaço com atividade física e pieira), a exposição a fatores de risco bem como a existência de alterações na espirometria. A utilização da espirométrica permitiu aos especialistas da GOLD (2011) definir a doença e classificá-la em 4 estádios (Apêndice II) baseada em critérios específicos.

Segundo a GOLD (2011d), os objetivos do tratamento da DPOC centram-se; no tratamento dos sintomas, na prevenção da progressão da doença, na melhoria da tolerância ao esforço e do estado geral de saúde, na prevenção de complicações e exacerbações, bem como na redução da mortalidade e dos internamentos.

A DGS (2011d) recomenda que todos os doentes com DPOC devem fazer anualmente a vacina da gripe (Influenza). Por sua vez, a vacina pneumocócica, também deve ser administrada a doentes que têm mais de 65 anos e outros fatores de risco. O tratamento farmacológico do doente com DPOC depende do estadiamento da doença. Apesar de não existir terapêutica farmacológica, capaz de conseguir alterar a progressão da doença, os broncodilatadores e os corticoides continuam a ser as terapias de eleição, pois estes permitem controlar os sintomas e o aumento da capacidade física, através da redução da hiperinsuflação, melhorando o fluxo ventilatório e aumentando a capacidade inspiratória. Esta muitas vezes encontra-se associada à Ventilação Mecânica não Invasiva e a Oxigenioterapia de Longa Duração (OLD). Estas têm tido um contributo importantíssimo na recuperação e qualidade de vida no domicílio de alguns doentes (DGS, 2011c).

Associada a todas estas opções terapêuticas surge a reabilitação respiratória, de onde se destaca o papel do EEER e de outros profissionais. Esta, enquanto abordagem formal e estruturada, tem ganhos demonstrados na melhoria da qualidade de vida, alívio da dispneia e melhoria da capacidade física, contribuindo assim para a redução significativa dos custos diretos e indiretos com a saúde destes doentes bem como para a promoção da sua autonomia no desempenho dos seus autocuidados, tal como Orem defende na sua teoria (Albert et al., 2008).

1.3. 2. Intervenção do EEER

Hoje em dia, os doentes com DPOC, submetidos a RFR apresentam melhoria da dispneia, maior tolerância ao esforço e exercício e sobretudo uma maior promoção do estado de saúde, através da otimização de terapias, como

broncodilatadores, oxigénio e nutrição (Man, Kemp, Moxham, & Polkey, 2009). Para uma RFR completa esta deve abranger: a otimização terapêutica, a educação para saúde do doente e família, as técnicas da RFR, treino de exercícios e a intervenção nutricional e psicossocial (Cordeiro & Menoita, 2012).

A DGS (2014) alerta para a necessidade dos doentes e famílias estarem devidamente preparados, pois só assim é possível terem um papel pró-ativo na prevenção e autocontrolo da DPOC, que lhes permita realizar uma correta gestão e controlo da doença. Temas como: a fisiopatologia das doenças respiratórias e patologias associadas; causas de dificuldade respiratória, sinais e sintomas; terapêuticas utilizadas; técnicas de reeducação funcional; técnicas de relaxamento e de conservação de energia; simplificação do trabalho nas AVD; dieta adequada; informação sobre os equipamentos de oxigenoterapia e ventiloterapia domiciliárias e do seu modo de funcionamento; sexualidade; planeamento e intervenção nas agudizações e comunicação com a equipa de saúde, devem ser abordados e dados a conhecer ao doente e família.

Segundo Cordeiro & Menoita, (2012), a desnutrição afeta muitos dos doentes com DPOC, sendo esta responsável pela diminuição da elasticidade dos pulmões, da massa muscular respiratória, da força e resistência. Para além destas consequências, esta também é responsável por uma maior dependência na execução dos autocuidados. Assim é fundamental que o doente promova um plano nutricional adequado às suas necessidades e estilo de vida.

O tabagismo constitui um grande motivo de atenção, a fim de prevenir e controlar a doença. Perante isto a cessação tabágica deve ser realizada o mais precoce possível, sendo esta um dos elementos principais do Programa Nacional de Prevenção e Controlo da DPOC (Cordeiro & Menoita, 2012).

De acordo com Fishman et al., (2008), os programas de RFR devem incluir o treino das técnicas respiratórias, das quais se destaca a respiração diafragmática e expiração lenta com os lábios semicerrados. Estas técnicas permitem ao doente controlar a dispneia, aumentar a capacidade ventilatória, sincronizar a utilização da musculatura abdominal com os movimentos respiratórios e favorecer as trocas gasosas, de forma a manter a pressão positiva das vias aéreas, evitando o colapso dos bronquíolos terminais e a hiperinsuflação torácica (Fishman et al., 2008). Estas

técnicas devem estar associadas a exercícios de controlo e correção postural, bem como a exercícios que permitam a reeducação das hemicúpulas diafragmáticas, porção costal inferior bilateral e exercícios respiratórios globais. Estas para além de permitirem desenvolver um padrão respiratório eficaz são responsáveis pelo fortalecimento muscular (Cordeiro & Menoita, 2012).

Ainda segundo as mesmas autoras (2012), a produção excessiva de muco e o enfraquecimento muscular leva os doentes com DPOC a realizar diariamente a higiene brônquica. Para isso é necessário que a estes, lhes seja ensinada a técnica de expiração forçada e a técnica de tosse dirigida, bem como outras.

De forma a retirar um maior desempenho das técnicas respiratórias descritas anteriormente é necessário otimizar também a função dos outros sistemas orgânicos, aumentando a tolerância ao esforço. Para isso o exercício físico é crucial pois vai permitir, ao doente com DPOC aprender e praticar técnicas de controlo da dispneia, através de técnicas respiratórias e de relaxamento, melhorando a sua condição (Fishman et al., 2008).

Relativamente à duração dos programas, Fernandes (2009) afirma que o programa de RFR deve incorporar 3 sessões supervisionadas por semana, durante 6 a 12 semanas. Cada sessão deve decorrer num período de 20 a 30 minutos, podendo ser substituídas por sessões de exercício intervalado com cerca de 5 a 10 minutos (Cordeiro & Menoita, 2012). Por sua vez a DGS (2009), afirma que os programas em ambulatório, com duração de 8 a 12 semanas têm vantagens na relação custo/eficácia, uma vez que o doente beneficia de uma equipa treinada, em ambiente seguro, sem os custos inerentes ao internamento em meio hospitalar.

1.3.3. Referencial Teórico

De acordo com a OE (2011), os cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com DPOC são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua, centrando-se na observação, colheita e procura contínua de dados que permitam uma intervenção diferenciada e adequada à situação de cuidados vivida por cada doente. A diferenciação e qualificação referidas requerem um vasto desenvolvimento de competências profissionais, definidas pela OE (2011), para as quais o presente relatório remete.

De acordo com a necessidade crescente de fundamentar conceptualmente a minha prática e aprendizagem, sobre a intervenção do EEER no cuidado à pessoa com DPOC, basear-me-ei na teoria do défice de autocuidado de Orem, uma vez que qualquer doente com DPOC, independentemente do estágio, em que este se encontra, apresenta um défice de autocuidado, necessitando de ajuda, que pode ir desde a supervisão até à ajuda total, para a realização deste. A este nível a escolha desta teoria, torna-se bastante pertinente uma vez que atribui primazia ao autocuidado e está estreitamente relacionada com o impacto, deste tipo de patologia.

Tomey & Alligood (2004) afirmam que o défice de auto cuidado é um conceito que descreve a relação existente entre as capacidades de ação dos doentes e as suas necessidades de cuidado, o que permite fornecer orientações para a escolha de métodos de auxílio e compreensão do papel do doente no auto cuidado, ou seja *“a teoria do défice de autocuidado estabelece a razão para uma pessoa poder beneficiar da enfermagem”* (Tomey & Alligood, 2004, p.217).

Segundo Tomey & Alligood, (2004), Orem na sua teoria do défice de autocuidado, defende a existência de três teorias interligadas, sendo estas fundamentais para a conceptualização deste projeto. A primeira das teorias, é a teoria do autocuidado, que faz referência ao como e porquê, as pessoas cuidam umas das outras, ou seja diz respeito as atividades que favorecem o aperfeiçoamento das pessoas dentro de um espaço de tempo, visando preservar a vida saudável e dar continuidade ao desenvolvimento e ao bem estar pessoal. Falar de autocuidado em enfermagem não seria possível sem fazer referência à teoria do défice de auto cuidado que explica a forma como as pessoas podem ser ajudadas através da enfermagem. Por fim mas não menos importante a teoria dos sistemas de enfermagem que descreve as relações que têm de existir para se desenvolver a enfermagem.

A ideia central da teoria do défice de autocuidado é que as condições necessárias das pessoas para a enfermagem estão associadas à subjetividade da maturidade e do amadurecimento das pessoas em relação às limitações da ação relacionadas com a saúde ou com os cuidados de saúde. Estas limitações deixam-nas completa ou parcialmente incapazes de saber as condições existentes ou emergentes para o cuidado regulador de si próprias ou dos seus dependentes. Limitam, igualmente a capacidade para se encarregar da execução continuada de medidas de cuidado para controlar ou, de algum modo, gerir fatores reguladores do seu próprio funcionamento e desenvolvimento ou do dos seus dependentes. (Tomey & Alligood, 2004, p.217).

Segundo Orem (1991), as necessidades (*self-care demands*) de autocuidado são definidas como necessidades não satisfeitas de autocuidado não só da doença, *injury*, desfiguramento e incapacidade, mas também a partir dos cuidados médicos. Partindo da necessidade de auxiliar o indivíduo a providenciar o autocuidado e o autocuidado dependente, é necessário ter em conta, que a ação de enfermagem é complexa, de forma a permitir conhecer e ajudar os outros a “preencherem as suas demandas terapêuticas de autocuidado” (Orem, 1991, p. 289).

Orem (1991), defende que na enfermagem o termo cuidado é bastante abrangente e encerra todas as dimensões do indivíduo. No seu contexto mais amplo, promove no ser cuidado uma sensação de ser respeitado na sua individualidade e no ser que cuida a sensação de responsabilidade pelo outro. Os EEER, devem ter também uma visão futurista do doente, no que diz respeito à sua recuperação e sobretudo à sua readaptação e reinserção na sua vida quotidiana, promovendo a máxima autonomia possível nas suas AVD, reduzindo a morbilidade. (OE, 2010).

1. 4. Objetivos e sua operacionalização

Os objetivos são parte integrante e crucial em qualquer processo seja a que nível for. Mediante tudo isto e tendo como base toda a exposição teórica anterior, bem como todas as competências exigidas ao EEER, pela OE, foi definido como objetivo geral, para este processo de aprendizagem - *desenvolver competências que permitam a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação especializados com ênfase na pessoa com DPOC e a na sua preparação para a alta*. Paralelamente aos objetivos gerais surgem objetivos mais específicos e essenciais à concretização dos primeiros. Assim sendo foram definidos os seguintes objetivos específicos:

1. Fundamentar os cuidados de enfermagem de reabilitação, nos princípios éticos, no conhecimento de enfermagem e na evidência científica;
2. Detetar precocemente necessidades de cuidados de reabilitação especializados e possíveis complicações decorrentes da sua implementação;
3. Implementar cuidados de enfermagem de reabilitação especializados, ao nível da RFR e sensório – motora, apropriados às necessidades de

autocuidados apresentadas pelos doentes com diferentes níveis de dependência;

4. Prestar cuidados especializados de reabilitação, com ênfase na pessoa com DPOC e respetiva família, focando a preparação para a alta, tendo em vista a readaptação socio familiar;
5. Fornecer suporte emocional diferenciado visando a criação de um ambiente que apoie o desenvolvimento pessoal;
6. Estabelecer uma comunicação eficaz com a equipa multidisciplinar envolvida no processo de reabilitação com ênfase na pessoa com DPOC e na sua preparação para a alta;
7. Analisar as aprendizagens e desempenho, em sede de reflexão sobre a prática de cuidado.

Inerentes a estes objetivos, anteriormente enumerados foram planeadas um conjunto de atividades a desenvolver, durante o período de estágio, correlacionadas com as competências propostas pela OE para as funções EEER (Apêndice III). Para operacionalizar os objetivos propostos bem como para atingir as competências exigidas procurei selecionar uma área de intervenção que me permitisse atingi-los. A esse nível foi crucial realizar o acompanhamento do doente e família com DPOC desde a sua fase aguda, mas sem nunca esquecer a preparação para a alta. O fato do estágio estar dividido em duas componentes, uma hospitalar e outra comunitária fez com que esse processo de acompanhamento fosse exequível.

Apesar do planeamento inicial do estágio ter sofrido uma alteração, causada por motivos de ordem pessoal e profissional, este teve a duração de 18 semanas, com início a 28 de Setembro de 2015 e com término a 12 de Fevereiro de 2016. Este foi dividido em 2 períodos de igual duração, sendo o primeiro, inerente às competências / aprendizagem em contexto hospitalar, realizado no serviço de Pneumologia do Hospital Sousa Martins da Unidade Local de Saúde (ULS). Por sua vez a componente comunitária, correspondente ao 2 período de estágio foi realizada na UCSP de Fornos de Algodres, na qual também presto cuidados.

A seleção destas duas unidades foi planeada de forma organizada, pois o fato de realizar primeiro estágio em contexto hospitalar e depois na comunidade permitiu-me acompanhar o percurso do doente desde a fase aguda em regime de

internamento, com todas as valências da RFR e motora direcionadas para o controle das manifestações clínicas e posterior prevenção, até à sua reintegração social, domiciliária, com todo um leque de intervenções que visam para além do controle e prevenção de novas recidivas, têm como objetivo, também, a readaptação da pessoa doente a uma nova realidade, de forma a promover a maior autonomia possível nos autocuidados.

1. 5. Estrutura do Relatório

Este relatório de estágio, que traduz todas as aprendizagens ocorridas ao longo do decurso deste nível académico, encontra-se dividido em 4 capítulos interligados. O primeiro, diz respeito à introdução, onde é possível encontrar descrito o referencial teórico alusivo à problemática principal deste trabalho, bem como todo o planeamento e operacionalização do projeto de estágio realizado previamente. Num segundo capítulo é possível encontrar todo o leque de atividades realizadas ao longo do período de estágio, bem como uma análise reflexiva e minuciosa de cada uma à luz das competências do EEER e da evidência científica. Ainda nesta parte é possível encontrar uma descrição detalhada das várias realidades observadas, bem como dos respetivos problemas que as afetam e por sua vez das estratégias utilizadas para uma possível resolução destes.

No terceiro capítulo deste relatório é possível encontrar uma análise e exposição de todos os pontos fortes e fracos e principais resultados deste trabalho, bem como de todas as limitações e dificuldades que surgiram há implementações do projeto de estágio. Também é possível encontrar sugestões de melhorias e sobretudo novas perspetivas de abordagem de determinadas temáticas ou intervenções.

Por fim, no quarto e último capítulo, faz-se referência à avaliação pessoal do percurso formativo (projeto e sua implementação), bem como uma conclusão de todo o trabalho. A esta estrutura será acrescida uma introdução prévia e as referências bibliográficas que tiveram na base de toda a sua conceção, bem como um resumo alusivo a todo o processo de aprendizagem ao longo deste estágio, redigido em português e em inglês.

2. EXECUÇÃO DAS TAREFAS PREVISTAS

Segundo Queirós (2003), o estágio é um período de preparação e de aprendizagem que permite proporcionar a quem o realiza um conjunto de saberes e de competências cruciais ao desempenho de qualquer futura atividade, sendo este fulcral na enfermagem. A enfermagem é uma profissão do cuidar, sendo esta uma arte desenvolvida pelo enfermeiro. Este combina elementos de conhecimento, de destreza, de saber ser, de intuição, que lhe vão permitir ajudar alguém numa situação similar (Hesbeen, 2001). Já para Mesquita (2004), a prática de enfermagem é um serviço humanitário, no sentido em que interessa preservar o respeito e a autodeterminação da pessoa, tendo como objetivo otimizar os meios humanos para a saúde.

Sendo a enfermagem uma profissão centrada no cuidar e por sua vez, sendo o cuidar um conceito muito complexo, o qual deve estar sempre presente na intervenção de cada enfermeiro, é importantíssimo que estes detenham um conjunto de competências e de saberes passíveis de serem aprendidos pela experiência associada à formação académica, pois só assim é possível formar profissionais de excelência (Hesbeen, 2001).

No seio da enfermagem de reabilitação, todos os seus intervenientes devem ter a sua prática diária assente em fundamentos teóricos e científicos muito consistentes, pois só assim é possível dar respostas às necessidades dos doentes independentemente do nível de cuidados em que estes se encontram (Hoeman, 2000). Mas tudo isto só é possível se o EEER possuir um conjunto de competências comuns e específicas exigidas pela própria OE. Competências essas, que vão ser descritas e analisadas ao longo deste capítulo.

Enquanto futuro EEER, saliento que para a aquisição dessas competências e para a sua consolidação, foi crucial não só toda a componente teórica lecionada no seio do curso, mas sobretudo o estágio realizado ao longo das 18 semanas, tal como foi planeado no projeto de estágio. O estágio realizado contou com um total de 500 horas de contacto efetivo realizado em dois locais distintos. Apesar de inicialmente, tal como consta no projeto de estágio, ter planeado realiza-lo na Unidade de Readaptação Funcional Respiratória do Hospital de Santa Maria e na Equipa de Cuidados Continuados Integrados de Pero Pinheiro em Lisboa, tal não

veio a ocorrer, devido a motivos profissionais. Mediante esta situação vi-me obrigado a planear conjuntamente com o orientador de estágio e respetiva escola, novos locais, capazes de dar resposta à problemática definida por mim, no projeto de estágio.

Uma vez que a minha área de interesse era o doente acometido à DPOC e face às exigências do plano de estudo, em dividir o estágio na componente hospitalar e comunitária, decidi realiza-lo no serviço de Pneumologia do Hospital Sousa Martins e na UCSP de Fornos de Algodres, ambas as unidades pertencentes à ULS da Guarda.

De acordo com o planeamento efetuado anteriormente foram definidas um conjunto de intervenções a realizar ao longo deste período, intervenções essas, correlacionadas com as competências definidas para o EEER, pela OE.

2.1. Descrição das atividades desenvolvidas em função dos objetivos e das competências do EEER

Para atingir os objetivos planeados é necessário realizar um conjunto de intervenções. Intervenções estas, que descrevem todo o meu trabalho e aprendizagem ocorrida ao longo de todo o estágio. Desta forma, passo a mencionar as atividades inerente a cada objetivo, que foram realizadas ao longo deste período e em cada local de estágio.

Tendo em conta o 1º objetivo específico planeado - *fundamentar os cuidados de enfermagem de reabilitação, nos princípios éticos, no conhecimento de enfermagem e na evidência científica*, foram realizadas um conjunto de intervenções, que passo a designar em cada local de estágio. Em primeiro lugar e como regra de boas práticas é fundamental conhecer a dinâmica orgânico funcional de cada local, pois só após o seu conhecimento prévio é possível ter um bom desempenho, nas ações realizadas. Assim para o desempenho desta atividade, considerada uma das bases para se atingirem todas as outras competências comuns e específicas, foram realizadas um conjunto de ações que seguiram uma ordem cronológica.

Importa referir que apesar de conhecer bastante bem toda a instituição da ULS Guarda, nomeadamente no que diz respeito aos seus valores, missão,

princípios e estrutura, fui recebido logo no primeiro dia (28/09/2015), pelo senhor enfermeiro supervisor e coordenador de todos os estágios, que me apresentou sucintamente a instituição, com uma descrição prévia dos objetivos e metas desta, bem como das coligações existentes com outras unidades da região, terminando esta sessão de acolhimento com uma breve visita pela parte nova do novo Hospital Sousa Martins.

Depois da visita fui encaminhado para o serviço de Pneumologia, tendo sido recebido pela enfermeira chefe que me apresentou o serviço e toda a orgânica do mesmo, bem como grande parte de equipa multidisciplinar e sobretudo a enfermeira orientadora do estágio. Tal situação foi crucial para o conhecimento da orgânica funcional do serviço. Já relativamente ao segundo local de estágio toda esta questão de apresentação e conhecimento foi subentendida, uma vez que este constitui o meu local de trabalho e por conseguinte, toda a parte da integração foi facilitada.

Em ambos os campos de estágio, especialmente no primeiro, uma vez que detenho já um conjunto de informações, já apreendidas relativamente ao segundo campo, procurei obter um conjunto detalhado de informações associadas a normas e protocolos existentes no serviço para uma melhor articulação com a equipa multidisciplinar, promovendo assim as competências do domínio da gestão dos cuidados.

Desde os primeiros momentos do estágio que senti a necessidade, tal como fora planeado previamente, de obter o máximo conhecimento e de informações possíveis sobre a população alvo abrangida por cada um dos campos e sobretudo sobre as suas necessidades. Todo este processo de procura de informação era algo dinâmico e em constante mudança, para o qual contribuíram as reuniões informais com o enfermeiro orientador, bem como, os diálogos ocorridos com os vários membros da equipa multidisciplinares, desde o auxiliar de ação médica ao médico assistente, todos eles tiveram um grande contributo no processo de aquisição de informações. Devo também salientar que para esse processo de recolha de informação, quer de âmbito geral ou de âmbito particular, muito contribuiu a consulta dos vários processos clínicos, bem como o diálogo / entrevista informal com os cuidadores e restantes familiares dos doentes internados.

A utilização das estratégias anteriormente descritas permitiram-me obter um conjunto de informações relacionadas com as principais situações patológicas apresentadas pelos doentes em cada um dos campos de estágio, bem como os principais motivos de internamento e as realidades apresentadas por cada serviço. Assim pude verificar que em cada serviço, apesar de possuírem objetivos similares, cada um tem focos de atenção e realidades diferentes.

O serviço de Pneumologia como não seria de esperar dá resposta a um vasto leque de doentes acometidos a vários problemas do foro respiratório, sendo as patologias mais comuns as pneumonias adquiridas na comunidade, ou em contexto hospitalar, sendo estas em muito menor número e com ou sem derrame pleural associado. Ainda dentro das patologias responsáveis por maior número de doentes internados temos as agudizações e recidivas da DPOC, as doenças neoplásicas da árvore brônquica, as doenças vasculares pulmonares, as doenças do interstício pulmonar, bem como os pneumotórax idiopáticos ou secundários a outras situações patológicas. Para agravar ainda mais a problemática constatei que na maioria das vezes estas patologias afetavam os escalões etários mais avançados, com maior nível de dependência e por sua vez com menores recursos na comunidade e com um nível de literacia muito reduzido. Tal realidade contribui para um maior número de doentes internados e de dias de internamento, resultante por sua vez de uma deficiente gestão terapêutica e de um inadequado controle patológico.

Já na comunidade o problema é ainda pior, pois as patologias enumeradas anteriormente são agravadas por situações neurológicas mais complexas, patologias cardiovasculares e neurovasculares, bem como pela inexistência de apoio comunitário adequado e ao alcance do doente e família.

Com o levantamento de todas estas informações, realidades e problemáticas foi possível levantar necessidades de pesquisa e de desenvolvimento dos níveis de conhecimentos detidos, o que conduziu a uma pesquisa mais aprofundada sobre determinadas temáticas cruciais ao bom desempenho no estágio. Essas pesquisas estavam correlacionadas com situações patológicas de diversas ordens, essencialmente do foro respiratório, sensório motor e também sobre diferentes abordagens técnicas da problemática, tendo sido efetuadas com maior ou menor complexidade ao longo de todo o período de estágio e em qualquer dos campos. O

desenvolvimento do nível de conhecimentos teóricos e práticos é algo de crucial, constituindo uma das competências exigidas a qualquer profissional.

Para a concretização das pesquisas referidas recorri a fontes de origem primária e secundária, bem como à consulta de artigos de opinião devidamente acreditados para o efeito, capazes de dar resposta à necessidade de conhecimentos apresentada. Todos os saberes e conhecimentos adquiridos através das pesquisas efetuadas, bem como da partilha de saberes com os orientadores e restantes membros das equipas multidisciplinares de ambos os campos de estágio, depois de devidamente interpretados e analisados constituíram a base para uma boa prática de cuidados. Assim foi possível dar resposta ao 1º objetivo específico e desenvolver as competências comuns do enfermeiro especialista, *B1. desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, B1.2. incorpora diretivas e conhecimentos na melhoria da qualidade na prática e D2. baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.*

Ainda dentro deste primeiro objetivo já mencionado, saliento que para atingir as competências comuns do enfermeiro especialista no âmbito do domínio A – *Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal, na totalidade das suas unidades de competência (A1. desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção e A2. promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais)*, bem como as competências, *D2. baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento e D2.2. suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade*, foram realizadas intervenções relacionadas com o planeamento de cuidados, bem como intervenções específicas alusivas às várias necessidades apresentadas pelos doentes.

Assim em ambos os campos de estágio foram planeados e mais tarde implementados um conjunto de cuidados tendo como base, em primeiro lugar, os direitos dos doentes e dos restantes profissionais, como valor universal, bem como todas as normas e princípios emanados pela constituição portuguesa, princípios éticos e código deontológico dos enfermeiros. Todas essas intervenções respeitavam também as normas, princípios e valores de cada um dos serviços e

sobretudo de toda a ULS Guarda, tendo sempre presente em cada um deles a responsabilidade e o objetivo a atingir. Para além de todo isto devo salientar que na minha prática de cuidados existiu uma grande preocupação, inerente ao respeito pela raça, etnia e religião dos doentes e família a quem prestava cuidados diários.

Relativamente ao 2º objetivo - detetar precocemente necessidades de cuidados de reabilitação especializados e possíveis complicações decorrentes da sua implementação, foram realizadas um rol de intervenções em cada um dos campos de estágio a fim de se atingirem competências comuns no domínio *B – Domínio da Melhoria da Qualidade* e no domínio *D - Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais*, bem como competências específicas do EEER, tais como a *J1. 1. avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e Incapacidades* e a *J1.2. concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao auto controlo e auto cuidado nos processos de transição saúde/ doença e ou incapacidade*.

Tendo em conta o que foi descrito anteriormente, saliento que para atingir as competências descritas e o respetivo objetivo, ao longo do estágio procurei ter um conhecimento aprofundado de cada doente que cuidava, obtendo o máximo de informações sobre este. Para este processo de aquisição teve um grande contributo todas as pesquisas efetuadas sobre as necessidades gerais e problemas potenciais das populações alvo de cada serviço, descritas anteriormente. Foi esse conhecimento geral, que me permitiu reunir e fortalecer um leque de estratégias utilizadas no estudo mais aprofundado de cada doente alvo dos meus cuidados.

Ao longo do estágio, a informação obtida foi resultado da observação e da entrevista ao doente/família e da consulta de documentação protocolada e de todo o processo clínico pessoal e familiar. Outra importante fonte de recolha foi a avaliação inicial do doente, tendo em conta todos os componentes que envolvem a história clínica. Pois, este é um dos métodos mais importantes e indispensáveis quando se pertence obter uma avaliação detalhada do doente.

A observação cuidada e atenta da prestação e eficácia, dos cuidados de RFR e motora, pelos EEER e ao mesmo tempo orientadores, à pessoa em situação de dependência em cada um dos campos de estágio, constituiu outra fonte importantíssima de recolha de conhecimentos e de aprendizagens.

As informações obtidas através das estratégias acima descritas eram potencializadas com a aplicação de escalas validadas, as quais traduzem também indicadores de qualidade sobre os cuidados prestados. Tendo em conta tudo isto eram usadas diariamente em cada um dos campos de estágio as escalas de Barthel, Braden, Coma de Glasgow e de Morse, que forneciam informações cruciais sobre a prioridade dos cuidados e sobre o impacto destes nos doentes, como é passível de se verificar mais a frente. O fato de estas escalas estarem introduzidas no aplicativo informático Sclínico, utilizado nos serviços, tornava a sua análise mais fácil e mais rápida.

Toda esta informação obtida pelas mais diversificadas formas era compilada para ser mais facilmente analisada e trabalhada recorrendo, para isso à evidência científica e ao conhecimento e saberes de enfermagem e de outras ciências. Sendo este um processo passível de ser realizado mentalmente ao longo de todo o estágio e para cada um dos doentes alvos de cuidados, tal como é preconizado na competência *D2. baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.*

Depois de devidamente analisadas essas informações eram responsáveis pelo levantamento de necessidades de cuidados de reabilitação e de problemas existentes, bem como pela identificação de fatores de risco individuais ou familiares e dos riscos associados a procedimentos de diagnóstico e de tratamento utilizados, tal como se preconiza na teoria do deficit de auto cuidados de Orem (Tomey & Alligood, 2004).

Desde os primeiros dias de estágio pude por em prática todo este processo de colheita de dados, claro que a ajuda dos orientadores e das pesquisas efetuadas fizeram com este fosse realizado de forma cada vez mais complexa e objetiva, desenvolvendo assim a minha própria autonomia na prestação de cuidados, tão característica dos EEER.

No serviço de pneumologia pude verificar e vivenciar pessoalmente que, o EEER é autónomo e livre para iniciar ou suspender qualquer plano de RFR ou motora, verificando-se que na maioria das vezes era este profissional que alertava a equipa médica para o início do programa e das atividades a desenvolver. Existia uma relação de total abertura e de proximidade entre os enfermeiros da equipa,

EEER, enfermeira chefe e sobretudo equipa médica, tal como se defende na competência comum A1.3. *lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética de maior complexidade na sua área de especialidade.*

A cada dia de estágio que passava, no serviço de pneumologia, ia percebendo cada vez mais, a importância e o papel desempenhado pelo EEER no seio de uma equipa multidisciplinar, bem como o seu contributo para a melhoria do nível de dependência apresentado pelos doentes. Ao mesmo tempo, ia constatando, no seio da minha atividade profissional, exercida, como já mencionei na UCSP de Fornos de Algodres, a necessidade cada vez maior de cuidados de reabilitação à população servida por esta unidade. Pois à medida que ia conhecendo melhor a realidade do concelho, bem como o grande número de doentes com elevado grau de dependência sem qualquer tipo de apoio, senti a necessidade de tentar ajudar, mesmo que fosse pouco, esta população.

Mediante esta realidade constatada e após conversa previa com o enfermeiro chefe, chegámos à conclusão que podíamos fazer algo mais por estas pessoas e assim surgiu o projeto piloto na área da reabilitação comunitária designado por “*Reabilita – Mais saúde mais vida*” (Apêndice IV). Este projeto procurava dar resposta a um desejo pessoal de a curto, médio prazo poder exercer cuidados de reabilitação e assim poder por em prática um rol de competências adquiridas ao longo deste tempo de formação académica, para o bem da população. Para além disso, este também era um desejo do enfermeiro chefe já de alguns anos, só que nunca houvera possibilidade de o colocar em prática.

O projeto baseia-se na identificação das necessidades de cuidados de reabilitação por parte da população abrangida pela UCSP de Fornos de Algodres em contexto domiciliário e no planeamento / implementação de programas de reabilitação personalizados a cada doente, visando a satisfação das suas próprias necessidades e a sua reintegração social.

O projeto-piloto “Reabilita – Mais Saúde, mais Vida”, consiste numa área de intervenção subordinada pela Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), existente na UCSP de Fornos de Algodres. Apesar de este só ter início oficial a 4 de Janeiro do presente ano, este começou a ser desenhado cerca de dois meses antes, mesmo antes do início do período de estágio, correspondente ao contexto

comunitário, sendo dividido em duas etapas cruciais interligadas. A primeira etapa deste projeto diz respeito ao levantamento das necessidades de cuidados. Para isso recorri-me de instrumentos já validados e também utilizados no serviço de pneumologia e que já eram do meu conhecimento pessoal, como sendo as escalas de Barthel, de Braden, Coma de Glasgow e de Morse (Apêndice V).

Após o levantamento das necessidades na população todos os doentes que reuniam os critérios previamente estabelecidos, como sendo doentes que apresentem um score na escala de Barthel inferior a 60 e/ ou doentes com score na escala de Braden inferior a 16, eram alvos do projeto. Apesar destes serem os critérios chave para a sua inclusão no projeto, estes não são estanques e únicos, pois também é necessário existir uma boa articulação com a fisioterapia, de forma a satisfazer da melhor maneira as necessidades da população e assim apoiar o maior número de doentes.

Tenho de salientar que o fato de estar responsável pela visita domiciliária e fazer parte da ECCI facilitou imenso o processo de levantamento de necessidades e de formulação dos problemas, cominando na aquisição de algumas competências comuns do enfermeiro especialista tal como *B1.1. inicia e participa em projetos institucionais na área da qualidade; B1.2. incorpora diretivas e conhecimentos na melhoria da qualidade na prática e C1.2. orienta e supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade.*

Assim ao longo dos dias de estágio independentemente do serviço, todo e qualquer doente alvo de plano de reabilitação passava por um processo de avaliação inicial rigoroso e crucial para a obtenção de informações.

Depois de recolhidos e de analisados todos os dados e informações cruciais ao levantamento de problemas e necessidades, em primeiro lugar da população alvo abrangida por cada um dos campos de estágio e em segundo lugar, mais especificamente de cada um dos doentes aquém ia prestar cuidados, era necessário levantar diagnósticos e planear intervenções, tal como já foi descrito anteriormente.

Desde os primeiros dias de estágio, em qualquer um dos serviços, sempre tive uma participação direta na prestação de cuidados tal como pretendia no 3º objetivo específico - implementar cuidados de enfermagem de reabilitação especializados, ao nível da RFR e sensório – motora, apropriados às necessidades

de autocuidados apresentadas pelos doentes com diferentes níveis de dependência.

Tendo em conta a sua concretização foram realizadas um conjunto de atividades relacionadas com a demonstração de conhecimentos sobre as principais alterações sensório motoras da pessoa, com diferentes níveis de dependência, bem como, na sistematização de conhecimentos inerentes aos cuidados de RFR e motora à pessoa com incapacidade de realizar os autocuidados.

Apesar de em ambos os campos de estágio existirem intervenções realizadas similares, inerentes a este terceiro objetivo específico, também é verdade que este é responsável pela concretização de muitas atividades específicas de cada um, sendo por isso necessário analisa-las separadamente.

No serviço de pneumologia para além de realizar intervenções que me permitiram melhorar a minha capacidade de avaliação dos doentes, bem como dos resultados de cada plano, das quais destaco o desenvolvimento da minha capacidade de auscultação pulmonar, de interpretação de imagens imagiológicas, bem como de dados gasimétricos e de outros indicadores analíticos e hematológicos, tive também a oportunidade de vivenciar e de relembrar experiências passadas. Assim destaco a possibilidade de conviver mais diretamente com a ventilação mecânica não invasiva, com a qual já tinha algum contato anterior na minha prática profissional, embora menos intenso. Tive também a possibilidade de assistir a alguns exames complementares de diagnóstico mais ou menos invasivos como o caso das provas de função respiratória, broncofibroscopias e toracoscopias percutâneas. A realização repetida destas atividades permitiu-me desenvolver competências e adquirir conhecimentos essenciais a uma boa prática de cuidados de reabilitação.

Paralelamente com as atividades descritas anteriormente, realizei diariamente o planeamento de cuidados de enfermagem especializados em reabilitação no tratamento da pessoa com dependência ao nível sensório – motor, através de programas de reabilitação RFR e motora, que tinham como objetivo a promoção da autonomia e da auto estima, bem como a preparação para a alta. A este nível, ao longo do estágio tive a possibilidade de realizar programas a doentes com diversas patologias do foro respiratório, como a DPOC, pneumonia, derrame pleural, fibrose pulmonar, pneumotórax e bronquiectasias. Para além disso convivi diretamente com

doentes acometidos com as diversas patologias enumeradas, com vários níveis de colaboração na realização dos auto cuidados, desde o totalmente colaborante, ao doente nada colaborante em que todas as medidas realizadas eram de carácter passivo.

Ao longo do período de estágio realizado no serviço de pneumologia tive a oportunidade de por em prática as diversas técnicas que constituem a RFR, desde os exercícios de correção da postura corporal, o controle ventilatório com dissociação dos tempos respiratórios, a reeducação funcional diafragmática, costal e global, exercícios de tolerância aos esforços e de conservação de energia, técnicas de drenagem de secreções, treino das AVD, etc. Com a execução repetida destas técnicas e a correção da sua execução por parte da orientadora, bem como a visualização direta dos ganhos obtidos por estas, no doentes alvo de cuidados, foram preponderantes para o desenvolvimento de saberes e de competências das quais se destacam as competências *J1.2 concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao auto controlo e auto cuidado nos processos de transição saúde/ doença e ou incapacidade e J1.3. Implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório da alimentação, da eliminação e da sexualidade.*

Para atingir as competências anteriores bem como as competências específicas do EEER *J2.1. elabora e implementa programa de treino AVD visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida; J2.2. promove a mobilidade e a acessibilidade e a participação social e J3.1 concebe e implementa programas de treino motor e cardio- respiratório;* foi necessário, ao longo do estágio adequar um programa de reabilitação a cada doente de forma a que, as várias intervenções na área da RFR tivessem uma ordem cronológica adequada às necessidades e objetivos do doente, sem nunca me esquecer da importância da preparação para a alta, no processo de reabilitação.

Uma situação importante que aprendi ao longo de todo o estágio diz respeito ao fato de ser quase impossível realizar um plano de reabilitação sem incorporar intervenções de outro âmbito ou seja é difícil prestar cuidados de RFR a um doente sem realizar reabilitação motora e vice-versa. Assim ao longo do tempo que estagiei

na pneumologia para além de realizar RFR também realizava reabilitação motora, em que muitas vezes se traduzia no treino de tolerância aos esforços, no fortalecimento muscular e na adaptação às AVD. Por vezes muitos doentes do foro respiratório apresentavam debilidades físicas / motoras sobre as quais era necessário intervir.

Durante estas primeiras 9 semanas de estágio tal como já mencionei, tive a oportunidade de vivenciar novas experiências que se prendem como a prestação de cuidados de reabilitação em outros serviços nomeadamente ao fim de semana. Assim durante os fim de semanas em que realizei estágio tive a possibilidade de realizar RFR e motora a doentes internados em serviços de cuidados intensivos, contactando com doentes ventilados. Neste serviço tive a possibilidade de realizar mobilizações passivas a doentes tetraplégicos e para além disso aprendi a utilizar o Cought Assist e a perceber a sua importância sobretudo em doentes ventilados mecanicamente, bem como a dar primazia ao exame neurológico completo.

Tive também a possibilidade de prestar cuidados de reabilitação a doentes do foro ortopédico, nomeadamente a nível do levante, transferências e treino de marcha, principalmente dos que foram submetidos a artroplastias totais ou parciais da anca e joelhos.

No segundo campo de estágio, depois do levantamento das necessidades dos doentes que estavam referenciados na ECCI e em contexto de visita domiciliária foram selecionados 12 doentes para começar o projeto, que se traduziam nos mais prioritários. Assim, as semanas iniciais do estágio na UCSP de Fornos de Algodres foram dedicadas a avaliações pormenorizadas dos doentes no seu seio familiar bem como dos recursos que estes dispõem. Apesar desta etapa ter sido bastante difícil, pois no início, o projeto era visto, por parte da população como um recurso que eles teriam de pagar, mas depois de saberem que este era gratuito tudo se tornou mais fácil. Nesta fase, foi preponderante todo o envolvimento dos membros da ECCI, bem como do enfermeiro chefe / orientador, uma vez que conhecia bastante bem a população alvo, ao contrário de mim. Nesta fase o enfermeiro orientador estava bastante próximo de mim e ao mesmo tempo que íamos fazendo o levantamento das necessidades íamos pondo em prática algumas intervenções de caráter mais

global. Foi atribuída, grande ênfase à educação para a saúde sobre as mais diversas temáticas.

Ao mesmo tempo que ia decorrendo o levantamento das necessidades bem como, a prestação de cuidados de reabilitação mais globais e centrados principalmente na prevenção de complicações associadas à imobilidade, eu conjuntamente com o enfermeiro orientador procurámos documentar todo o projeto.

Por volta do final do mês de Dezembro tínhamos já referenciado 12 doentes, dos quais metade iniciaram programa de reabilitação no início de Janeiro, sendo os restantes iniciados progressivamente, também é necessário salientar que ao longo de todo o período de estágio existiram doentes novos, aos quais foram iniciados cuidados de reabilitação. Mas também existiram alguns em que estes foram suspensos, quer por terem falecido, sido institucionalizados ou terem efetivamente alta.

Durante todo o período do estágio desloquei-me ao domicílio dos doentes, acompanhado de perto pelo enfermeiro orientador, onde após a avaliação inicial mais complexa iniciava o programa de reabilitação. Uma das preocupações que era tida em conta na prestação de cuidados era o envolvimento do cuidador significativo ou família em todo o processo. Preocupação também existente no contexto hospitalar mas nem sempre conseguida, sendo este um dos aspetos da preparação para a alta.

Ao longo do período de estágio tive a oportunidade de me deparar com as mais diversificadas necessidades de cuidados, uma vez que a população alvo era de um escalão etário mais avançado e por sua vez acometido à múltipla patologia. Apesar da grande maioria dos cuidados de reabilitação prestados se centrarem na reabilitação motora tive também a oportunidade de prestar cuidados de RFR, para os quais os ensinamentos adquiridos no campo de estágio anterior foram cruciais.

Ao longo de todo o estágio, independentemente do serviço onde este ocorreu a prática efetiva dos cuidados de reabilitação centrava-se no ensino, demonstração e treino de técnicas no âmbito dos programas de reeducação sensório - motora com vista à recuperação e readaptação da pessoa.

Para dar resposta às competências *J1.4 avalia os resultados das intervenções implementadas; J3.2 avalia e reformula programas de treino motor e*

cardio – respiratório e A1.4. *avalia o processo e os resultados da tomada de decisão*; procurei realizar avaliações sucessivas do doente a fim de perceber as vantagens e desvantagens dos programas neste, bem como assim detetar e prevenir possíveis complicações. Realizava o registo das avaliações e dos resultados dos cuidados prestados, bem como das intercorrências e complicações diagnosticadas no período de diagnóstico e tratamento de doentes com necessidade de ajuda nos autocuidados através de escalas validadas informaticamente no Sclinico bem como no ingressos já existentes e criados para o efeito. Por vezes de acordo com as avaliações obtidas era necessário proceder a readaptações de programas de treino sensório-motor em função dos resultados, indo de encontro à competência J3.2 *avalia e reformula programas de treino motor e cardio – respiratório*. Por sua vez no seio da comunidade criei folhas de registos específicas para uma melhor visualização e acompanhamento do programa de reabilitação (Apêndice VI)

Interligado com o 3º objetivo - *implementar cuidados de enfermagem de reabilitação especializados, ao nível da RFR e sensório – motora, apropriados às necessidades de autocuidados apresentadas pelos doentes com diferentes níveis de dependência*, encontra-se o 4º objetivo específico - *prestar cuidados especializados de reabilitação, com ênfase na pessoa com DPOC e respetiva família, focando a preparação para a alta, tendo em vista a readaptação socio familiar*, o que faz com que muitas das competências e respetivas intervenções estejam associadas. Este objetivo específico está interligado à temática principal proposta no projeto de estágio, ou seja centra-se no doente com DPOC. Para a concretização deste realizei um conjunto de atividades muitas das quais já mencionadas anteriormente.

Na pneumologia e em cuidados intensivos, lidei com uma grande número de doentes com DPOC, ao contrário na comunidade, apesar de existirem doentes com o diagnóstico de DPOC, seguidos pela pneumologia da ULS Guarda, encontrei apenas um doente acometido por esta e já num estágio bastante avançado que se traduzia num grau de grande dependência, encontrando-se confinada à sua habitação, necessitando de ajuda total para a realização dos auto cuidados.

Mediante o que fora descrito anteriormente a maioria das intervenções específicas deste objetivo foram realizadas no serviço de pneumologia. Das quais se

destacam a consulta de instruções de trabalho e protocolos existentes, cruciais a uma correta avaliação do doente com DPOC, nomeadamente do seu nível de dependência (Barthel), bem como o seu comprometimento respiratório, através da história clínica (anamnese, exame objetivo e exames complementares), em paralelo com restante equipa multidisciplinar. Nesta avaliação também era tida em conta, sempre que possível a família / cuidadores bem como as informações fornecidas.

O planeamento e a implementação de cuidados de enfermagem de reabilitação individualizados e adequados ao doente e família ou cuidador dependente com ênfase na DPOC e preparação para a alta, a todos os níveis do autocuidado, representam um conjunto de intervenções que foram realizadas em ambos os campos de estágio e que foram cruciais à concretização do objetivo e concomitante à aquisição de competências específicas do EEER, as do domínio *1. cuida de pessoas com necessidades especiais ao longo ao longo dos ciclos de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.*

Ao longo de todo o estágio procurei promover a presença da família, e cuidadores diretos junto do doente e envolve-los na preparação da alta em contexto hospitalar e na prestação direta de cuidados em contexto comunitário, para isso recorri a realização de pequenas entrevistas com os intervenientes a fim de determinar o seu conhecimento acerca da situação de dependência apresentada pelo doente e sobretudo consciencializa-los dos cuidados que esta exige. Inerente a esta intervenção surge a realização da educação para a saúde aos vários níveis (terapêutica, alimentação, instrumentos de apoio, adaptação habitacional, apoios sociais, outros).

Ainda dentro deste objetivo, à que salientar que me apercebi de muitas situações de incorreta utilização dos vários dispositivos inalatórios quer pelos doentes e família bem como pelos próprios profissionais de saúde. Assim visto que a equipa de enfermagem tinha solicitado formação e esclarecimento sobre os vários dispositivos inalatórios e sobretudo sobre a sua correta utilização, conjuntamente com a enfermeira orientadora realizei uma ação de formação a alusiva a otimização da terapêutica inalatória bem como uma brochura demonstrativa das várias técnicas (Apêndice VII). Ação esta que foi repetida no serviço de medicina a pedido da chefe deste, que presenciou a primeira apresentação. Por sua vez foram também criados

panfletos demonstrativos e explicativos das técnicas inalatórias (Apêndice VIII) para serem distribuídos pelos doentes a fim de lhes permitir uma melhor utilização da terapêutica inalatória.

Ainda dentro deste quarto objetivo destaco a participação no Congresso Internacional de Enfermagem de Reabilitação 2015 – Desenvolvimento pessoal e profissional, que decorreu em Chaves nos passados dias 3 a 5 de Dezembro de 2015, com uma comunicação livre intitulada “A influência da literacia em saúde na gestão da DPOC” (Apêndice IX). Esta atividade está interligada com a competência comuns do enfermeiro especialista *D2.2. suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade.*

No dia a dia do EEER é crucial que após o planeamento dos cuidados a implementar estavam reunidas um conjunto de circunstâncias essenciais para que os cuidados prestados atinjam os objetivos propostos para isso surgiu o quinto objetivo específico - fornece suporte emocional diferenciado visando a criação de um ambiente que apoie o desenvolvimento pessoal. Para a concretização deste objetivo desenvolvi um rol de intervenções, muitas das quais estão também associadas à execução de outros objetivos já descritos, das quais se destaca, o respeito pelos valores, costumes, crenças espirituais e as práticas específicas dos indivíduos e grupos, na equipa de enfermagem onde está inserido, em cada cuidado prestado, tal como se preconiza nas competências comuns, *A1.1. demonstra tomada de decisão ética numa variedade de situações da prática especializada; A1.2. suporta a decisão em princípios, valores e normas deontológicas e A2.1. promove a proteção dos direitos humanos.*

Ao longo dos dias de estágio, independente do local onde este ocorria, procurei estabelecer um ambiente favorável para a prestação de cuidados, indo de encontro à competência *B3.1. promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos / grupo.* Tal fato só foi possível através do estabelecimento de uma relação empática e de proximidade através da escuta ativa, inerente a momentos de reunião com doente e família ou cuidador, visando o seu envolvimento, conjuntamente com o doente na prestação direta de cuidados;

Inerente a este 5º objetivo destaco também o acompanhamento e suporte do doente e respetiva família ou cuidador com DPOC, ao longo do internamento, ambulatório e domicílio. Esta intervenção está bem presente no segundo campo de estágio onde existe o acompanhamento do doente no seu seio comunitário. Este acompanhamento foi importante para atingir as competências *A2.2. gere na equipa, de forma apropriada as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do cliente; D1.1. detém uma elevada consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro e D2.1. responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade.*

O EEER ao ser um elemento importantíssimo nas equipas deve possuir um rol de competências, essenciais a uma correta comunicação multidisciplinar. Competências que eu procurei obter com a concretização do 6º objetivo específico - *estabelecer uma comunicação eficaz com a equipa multidisciplinar envolvida no processo de reabilitação com ênfase na pessoa com DPOC e na sua preparação para a alta.*

Associadas a este objetivo realizei, em ambos os serviços, intervenções correlacionadas com a adoção de estratégias facilitadoras de comunicação, como a escuta ativa e o esclarecimento de dúvidas, para isso procurei enquanto prestava cuidados dispor de tempo para ouvir e conversar com o doente. Esta intervenção foi muito mais trabalhada e desenvolvida no segundo campo de estágio, uma vez que o cuidar na comunidade assim o exige.

Paralelamente a esta intervenção foi necessário adotar diferentes formas de comunicação para com o doente e família com limitação dos seus autocuidados. As intervenções realizadas e descritas anteriormente estão associadas à competência comum *B3.2. gere o risco ao nível institucional ou das unidades funcionais.*

Dentro de uma equipa multidisciplinar para existir uma comunicação eficaz é necessário promover o trabalho em equipa, assumindo muitas vezes os EEER o papel de líder, tal como se preconiza nas competências *A1.3. lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética de maior complexidade na sua área de especialidade; A2.2. gere na equipa, de forma apropriada as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do cliente; C1.2. orienta e supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade*

C2.2. adapta o estilo de liderança e adequa-o ao clima organizacional estrito favorecedores da melhor resposta do grupo e dos indivíduos e D2.3. provê liderança na formulação e implementação de políticas, padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho.

Assim ao longo do período de estágio tive sempre presente em cada doente que cuidava o trabalho de equipa como algo imprescindível na prestação. No primeiro campo de estágio a noção de trabalho de equipa estava presente na articulação com a restante equipa para a escolha do momento ideal para a prestação de cuidados de forma a que esta tivesse o melhor rendimento e utilidade para o doente. O fato de não existir EEER no turno da tarde e noite fez com que muitos doentes fossem instruídos a realizar exercícios base de forma a retirar o máximo proveito do programa de reabilitação, contanto para isso com a colaboração dos restantes enfermeiros de cuidados gerais que sempre que possível eram elucidados da sua correta execução. O fato desta equipa reconhecer a importância da reabilitação no doente, faz com que, ela própria seja promotora de reabilitação, pois ao longo deste tempo pude constatar uma completa à-vontade para troca de saberes entre enfermeiros especialistas e não especialistas, o que faz com que a própria equipa esteja dotada de conhecimentos e de saberes capazes de corrigir e fomentar algumas intervenções de reabilitação.

A partilha de informações entre o EEER e restante equipa é algo frequente ao longo do dia, tendo sempre o EEER algo a complementar nas passagens de ocorrências, vulgarmente designadas “passagens de turno”.

Por sua vez no segundo campo de estágio a comunicação e trabalho em equipa são fundamentais, o fato do EEER constituir a ECCL faz com que este assuma a função de líder de uma equipa multidisciplinar em que é responsável por interligar o doente com os restantes membros da equipa sendo muitas vezes este a solicitar o apoio destes profissionais para satisfazer determinadas necessidades apresentadas pelos doentes. Pois para além de estar em contato direto com o doente é o membro que passa mais tempo com este.

Por fim o sétimo e último objetivo, como não seria de esperar diz respeito à análise das aprendizagens, tal como se preconiza no processo de enfermagem. Depois de implementadas as intervenções estas devem ser analisadas e avaliadas,

para daí, serem retiradas as devidas ilações. Assim o 7º objetivo específico - analisar as aprendizagens e desempenho, em sede de reflexão sobre a prática de cuidado, envolve determinadas intervenções que foram desenvolvidas ao longo de todo o período de estágio, de forma a que este tivesse sido alcançado.

Assim ao longo do estágio realizei várias entrevistas informais com orientador clínico/tutor para esclarecimento de dúvidas e correção de incidentes ocorridos. Realizei também alguns exercícios de reflexão visando a análise crítica das aprendizagens realizadas.

Estas intervenções associadas à avaliação do desempenho pelos orientadores e tutores dos cuidados especializados prestados de acordo com as competências propostas pela OE para o enfermeiro especialista em reabilitação, permitiu-me alcançar algumas competências já referenciadas anteriormente tais como a *A1.1. demonstra tomada de decisão ética numa variedade de situações da prática especializada*; a *A1.4. avalia o processo e os resultados da tomada de decisão*; a *C1.2. orienta e supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade*; a *D1.1. detém uma elevada consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro* e a *J1.4 avalia os resultados das intervenções implementadas*.

Este último objetivo está diretamente ligado com subcapítulo seguinte, onde se apresenta uma análise crítica mais específica da forma como as intervenções contribuíram para uma melhor aprendizagem.

2.2. Análise e reflexão sobre os resultados obtidos

De acordo com Phaneuf (2005) a prática de enfermagem alicerça-se no sentido de refletir, para um melhor cuidar. Este exercício referencia a individualização do doente como meta principal. Assim uma análise crítica corresponde a uma atividade de avaliação muito precisa, em que as conclusões que se vão obtendo são acompanhadas de um juízo de valor.

Assim, mediante o que foi descrito é necessário analisar as várias intervenções realizadas ao longo de todo o período de estágio, com a finalidade de perceber, por um lado a forma como as competências do EEER foram alcançadas e por outro as aprendizagens e ilações retiradas da sua execução. Para uma melhor

análise destas, a sua abordagem será efetuada de acordo com as etapas do processo de enfermagem, que serão traduzidas através dos 7 objetivos específicos.

O estágio, tal como qualquer processo de enfermagem inicia-se com uma avaliação inicial com o intuito de recolher o maior número de informações sobre os vários locais onde este vai ocorrer, as equipas que o constituem, a sua orgânica e a estrutura funcional, bem como a população servida por estes. Esse conjunto de informações foi crucial, em primeiro lugar para um bom desempenho ao longo do estágio e em segundo lugar para o desenvolvimento do pensamento crítico a fim de se implementarem ações racionais na prática diária de cuidados, tal como defende Potter & Perry (2003).

O conhecimento das realidades apresentadas em cada um dos campos de estágio foi uma mais valia, pois se por um lado me permitiu focar a minha atenção nas principais problemáticas que essas realidades transmitem e assim direcionar o meu estudo e pesquisa para elas, por outro, também foi possível conhecer as realidades da reabilitação nesta área geográfica, que também reflete a realidade nacional. Este fato levou-me a refletir sobre a enorme importância que são os cuidados de reabilitação na população.

Logo nos primeiros dias de estágio percebi que necessitava de desenvolver e aprofundar os meus conhecimentos sobretudo no seio da área respiratória, visto que apesar de ter alguma experiência no seio do cuidar de doentes do foro respiratório não era suficiente para fazer a diferença entre a prestação de cuidados gerais e especializados nesta área. Assim com o intuito de fundamentar os cuidados de enfermagem de reabilitação, (1º objetivo), senti a necessidade de realizar pesquisas cada vez mais profundas a fim de desenvolver os meus conhecimentos à luz do saber científico e assim sedimentar e trazer mais segurança e rigor à minha prática de cuidados. Essas pesquisas fizeram despertar a minha atenção para pequenos aspetos que muitas vezes no meu dia a dia enquanto profissional eram subvalorizados, mas que depois de analisados detalhadamente demonstram importância para uma prestação de cuidados de qualidade.

Segundo Potter & Perry (2003), para a prestação de cuidados de qualidade ao doente é necessário para além de uma boa base de fundamentação e de saberes científicos, um conhecimento e respetivo respeito pelos direitos e valores universais

e constitucionais, das normas e princípios das instituições, bem como o apreço pelos princípios ético morais e respetivo código deontológico. Se anteriormente já tinha estes aspetos em conta na minha prestação diária de cuidados, agora e cada vez mais têm de estar presentes, pois só assim é possível abordar o doente como um todo e envolvê-lo na prestação de cuidados, fator crucial na preparação para a alta.

Atualmente é necessário reconhecer que a prática da enfermagem necessita de ter como base o conhecimento científico, de forma a que o cuidado possibilite a melhoria da saúde do indivíduo e comunidade. O desenvolvimento das teorias, ao nível da enfermagem pretende relacionar os fatos, criando uma base científica que se afaste do pensamento empírico. Foi por isso que foi selecionada a teoria do auto cuidado como forma de fundamentar as ações realizadas ao longo deste estágio.

O fato de procurar formação académica e de realizar uma série de pesquisas bibliográficas ao longo do estágio, para além de permitirem uma melhor prática de cuidados, muito por causa da segurança que advém com o conhecimento, também é verdade que acarretam mais responsabilidades e exigem mais competências que não são exigidas aos enfermeiros de cuidados gerais. Esta situação, vem reforçar a importância da aquisição das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista.

Foi graças ao desenvolvimento das competências anteriores, que me propôs conjuntamente com o Enfermeiro Chefe a criar um projeto de reabilitação comunitária pioneiro na região, desenvolvido no segundo campo de estágio. A criação deste vai de encontro à reflexão sobre as diferentes realidades constatadas. Pois se por um lado existia uma boa cobertura de EEER a exercer funções no seio hospitalar, capazes de dar uma resposta muito positiva às solicitações, por outro lado constatei que as necessidades de enfermagem de reabilitação na comunidade eram mais do que muitas. Esta situação fez-me pensar e refletir, pois se por um lado eu estou a terminar uma especialidade na área de reabilitação e ao mesmo tempo encontro-me a prestar cuidados numa UCSP da região, que necessita deste tipo de cuidados, pelo elevado número de doentes dependentes que detém, porque não reformular o estágio e converte-lo no início de um belo projeto de reabilitação.

A concretização deste projeto para além de me encher de orgulho deixa-me realizado, por ter uma postura proactiva e contribuir ativamente na melhoria da

qualidade de vida de alguns doentes no concelho de Fornos de Algodres. Este fato fez-me pensar que por menores que sejam as condições, existe sempre algo que nós enfermeiros e sobretudo EEER podemos fazer em prol dos nossos doentes que tanto necessitam. Esta situação remete para a capacidade de detetar precocemente necessidades de cuidados de reabilitação especializados e possíveis complicações decorrentes da sua implementação, alusiva ao 2º objetivo específico.

Ainda dentro da primeira etapa do processo de enfermagem, a avaliação inicial, depois de se conhecer a realidade onde se vai trabalhar é necessário perceber segundo Potter & Perry (2003) a problemática do doente, de forma a decidir o que é importante incluir na avaliação inicial deste, permitindo, desenvolver capacidades como o pensamento crítico e reflexivo. Assim é necessário que o EEER inicie a avaliação pelas áreas de problemática e de seguida faça questões através da entrevista, ao doente para perceber em que medida o problema afeta o seu estilo de vida, o nível de saúde, a capacidade de funcionamento e o relacionamento com os outros, antes, propriamente de recolher os dados objetivos através da História clínica, com toda a Anamnese associada, exame objetivo e meios complementares de diagnóstico (Hoeman, 2000).

Ao longo do estágio a minha capacidade de centrar a atenção numa problemática sem esquecer todo o resto, permitiu-me perceber o problema do doente e interliga-lo com as suas manifestações de uma forma mais rápida e concreta. Tal circunstância permitiu-me uma melhor análise das informações obtidas e consequente uma melhor capacidade de diagnóstico. Este fato traduz assim, a assimilação das competências específicas referentes a este objetivo, descritas no sub capítulo anterior.

Este fato anteriormente descrito permitiu-me desenvolver competências e capacidades de pensamento, de forma a direcionar a minha atenção para as questões e informações chave da avaliação inicial, sem nunca esquecer a visão holística do doente. Claro que esta capacidade padece de treino mas estou convicto de que adquiri estratégias para uma correta, rápida e eficiente avaliação inicial do doente, indo assim de encontro às recomendações da OE (2010), que consideram o EEER capaz de realizar na sua intervenção o diagnóstico precoce e a implementação de ações de carácter preventivo e curativo, visando manter ou

recuperar a independência do doente nas suas AVD e assim reintegra-lo na família e na comunidade, promovendo a sua máxima autonomia na concretização dos seus autocuidados.

Ao longo dos dias de estágio apreendi que o EEER deve saber utilizar de forma correta todas as fontes de colheita de dados afim de realizar uma avaliação o mais rigorosa possível com o intuito de ter uma intervenção adequada e dirigida à problemática do doente, assumindo assim um lugar de destaque no seio da equipa multidisciplinar.

No serviço de pneumologia constatei a existência, de duas enfermeiras especialistas que conseguem suportar os cuidados de reabilitação no turno das manhãs durante os sete dias da semana. O fato dos enfermeiros especialistas em reabilitação estarem fora da prestação de serviço e assim dedicarem-se exclusivamente ao desempenho das competências da respetiva especialidade é sem dúvida uma mais-valia que se sobrepõe à realidade nacional destes profissionais de saúde.

Esta realidade fez-me pensar que é crucial, os EEER fazerem parte da constituição das equipas em detrimento da existência de um serviço só constituído por este tipo de profissionais. A situação, por mim verificada e descrita anteriormente, traduz-se num acompanhamento mais próximo do doente e respetiva família, quer ao nível do levantamento das necessidades como também ao nível da prestação direta de cuidados. Também ressalta à vista a melhoria significativa da comunicação entre os vários elementos das equipas multidisciplinares, o que se traduz num melhor e mais rápido levantamento das necessidades do doente e consequente intervenção precoce e imediata. Toda esta situação, vai de encontro às recomendações emanadas pela DGS (2009), onde se destaca a presença do EEER junto das pessoas com necessidades, bem como a sua capacidade de consultadoria no seio da equipa.

O papel interventivo do EEER está bem esbatido neste serviço, pois apesar de ainda não existirem indicadores que traduzam o verdadeiro impacto da reabilitação essencialmente respiratória na redução do número de dias de internamento é possível verificar o reconhecimento que os próprios doentes e respetivas equipas multidisciplinares, detêm das funções e competências destes

enfermeiros especialistas. Tudo isto vai de encontro às recomendações da DGS (2014), onde se encontra bem explícito o contributo dado pelos EEER junto dos doentes, na prevenção e autocontrolo das doenças respiratórias de forma a que lhes permita realizar uma correta gestão da doença, no domicílio e a assim promover a sua independência na satisfação dos autocuidados.

Segundo a DGS (2009) é necessário desenvolver e promover as práticas profissionais para um melhor controlo da doença, sendo este aspeto, algo de crucial para o paradigma dos cuidados centrados no doente. Assim é necessário implementar cuidados de enfermagem de reabilitação especializados, ao nível da reeducação funcional respiratória e sensório – motora, apropriados às necessidades de autocuidados apresentadas pelos doentes com diferentes níveis de dependência, o que converge no terceiro objetivo específico.

A intervenção do EEER é algo global e multidisciplinar, tendo como base a evidência científica e dirige-se ao doente crónico, com limitação nos seus autocuidados. Assim o EEER pode ajudar o indivíduo, utilizando um ou todos os cinco métodos de ajuda defendidos por Orem (1991), para proporcionar assistência com autocuidado, ou seja a atuação de enfermagem de reabilitação baseia-se nas necessidades de autocuidado e nas capacidades do doente para desempenhar as atividades de autocuidado, se existir um défice de autocuidado, isto é se existir um défice de entre o que o indivíduo pode fazer (ação de autocuidado) e o que precisa ser feito para manter o funcionamento ideal (exigência de autocuidado), é exigida a intervenção de reabilitação (George et. al., 2000).

O conjunto de todas as medidas de RFR e motoras desempenhadas proporcionou, para além desenvolver e por em prática todo um conjunto de técnicas apreendidas em contexto de sala de aula, também me permitiu, sobretudo perceber os seus verdadeiros princípios e efeitos práticos no doente, ao nível do seu dia a dia. Pois o facto de perceber inteiramente os seus princípios e normas de utilização permitiu-me combina-las e por vezes readapta-las, pois nem sempre os doentes as toleram e são capazes de as realizar. Assim ao longo do estágio, verifiquei que, o EEER tem de ser um verdadeiro artista na forma de cativar os seus doentes e sobretudo de lhes fazer perceber os ganhos que estes obtêm quando têm uma

participação ativa nos programas de reabilitação e lhes dão continuidade no pós alta.

Nem sempre os doentes reúnem as condições aprendidas na escola por, vezes deparo-me com circunstâncias e realidades novas às quais tenho de dar uma pronta resposta, recorrendo muitas vezes à capacidade de improviso e de inovação sem nunca me desviar das indicações, princípios e objetivos das técnicas de reabilitação. Esta situação foi mais verificada no segundo campo de estágio onde nem sempre temos as melhores condições para prestar-mos cuidados, mas este fator deve passar facilmente despercebido. Pois o EEER ao mesmo tempo que implementa um programa de reabilitação deve procurar envolver o doente e família nesse mesmo programa, de forma a que eles próprios lhe deem continuidade com a nossa ajuda, tendo sido isso bem visível no projeto “Reabilita – Mais Saúde

A implementação do projeto, descrito anteriormente fez-me perceber em primeiro lugar a realidade dos cuidados existentes principalmente na comunidade e em segundo plano a importância que este detém para a saúde da comunidade. Apesar de na área de influência de toda a ULS Guarda existirem bastantes recursos públicos e privados disponíveis na comunidade, entre lares de terceira idade, centros de apoio social, centros de dia, UCSP e unidades de cuidados continuados integrados, de média e de longa duração, de certa forma a cima da média nacional, pude verificar que estes são insuficientes para fazer face às necessidades apresentadas pela população.

Estamos numa região bastante envelhecida e cujas famílias detém poucos recursos sobretudo económicos o que leva a que existam um grande número de doentes dependentes nos seus autocuidados de diferentes escalões etários, a cargo das famílias e em alguns casos sem qualquer tipo de apoio. Felizmente que nos últimos tempos, segundo indicações das autoridades locais esse número tem vindo a diminuir muito por graça da existência de cada vez mais recursos ao alcance das próprias famílias, do apoio prestado pelas várias UCSP do distrito e por outras entidades sociais da região.

O projeto em questão revelou-se uma importante fonte de aprendizagens e de consolidação de conhecimentos para além de me permitir prestar cuidados a um vasto leque de doentes com as mais variadas patologias, também me possibilitou

desenvolver a minha capacidade de diagnóstico e de planeamento, bem como a minha capacidade de criatividade.

O fato de serem prestados cuidados de reabilitação no domicílio fez-me crescer enquanto profissional e enquanto pessoa, uma vez que me fez sair da minha área de conforto onde normalmente estamos mais à vontade para me deslocar para a área de conforto no próprio doente onde ele detém autoridade. Se conciliar este fato, com a necessidade de dar a entender ao doente e família a importância da reabilitação, torna-se ainda mais difícil, mas quando é conseguido é absolutamente gratificante, acabando, os doentes, por me fazerem sentir como se estivesse em minha própria casa. Esta situação fez-me perceber a essência do verdadeiro conceito de humanismo.

Ao longo dos dias de estágio no serviço de pneumologia foi possível desenvolver capacidades relacionadas com as competências específicas para o EEER, centrando-se essas capacidades no cuidar da pessoa com deficiência ou qualquer necessidade especial de forma a que esta maximize toda a sua funcionalidade e assim, seja reintegrada socialmente. Este desenvolvimento foi devido à implementação repetitiva de programas de RFR e motora adequados às diferentes realidades constatadas.

Pude também constatar diferentes realidades não só do foro respiratório, pois o fato de ter interagido com diferentes EEER e de conhecer diferentes focos de atenção, de acordo com os serviços que tive a oportunidade de conhecer, fez-me desenvolver a minha aprendizagem, a vários níveis, uma vez que pude apreender novas técnicas e diferentes abordagens para realizar, as já aprendidas, bem como, saber utilizar diferentes instrumentos usados na reabilitação do doente.

Ao falar na aprendizagem de novas técnicas destaco a aprendizagem da técnica de fluxo inspiratório controlado, que segundo Cordeiro & Menoita, (2014) a descreve como um conjunto de inspirações lentas e profundas realizadas em decúbito lateral até a capacidade pulmonar total. O fato de não conhecer a técnica e as suas especificidades levou-me a adquirir conhecimentos sobre esta, que se revelaram absolutamente necessários para a colocação desta em prática.

A utilização desta técnica em situações de pneumonia do lobo médio à direita, principalmente, revelou-se uma mais valia, pois verifiquei que os doentes, em que

esta foi aplicada apresentavam uma melhoria significativa do quadro respiratório, traduzida, numa melhor mobilização de secreções existentes, evidenciada numa diminuição e em certos casos numa ausência de ruídos adventícios à auscultação pulmonar e consequentemente numa melhoria da imagem imagiológica.

Para além da técnica do fluxo inspiratório controlado destaco também a aprendizagem e consequente utilização da técnica da expiração lenta total de glote aberta em decúbito infra lateral. Esta última técnica é descrita por Cordeiro & Menoita (2014), como uma forma de desobstrução das vias aéreas distais, através da mobilização de secreções para as vias aéreas proximais e consequente de maior calibre, a fim de serem mais facilmente eliminadas.

A aprendizagem de mais estas técnicas fez-me pensar e refletir que para melhorar a essência dos cuidados prestados, enquanto futuro especialista, é necessário para além de um conhecimento prévio do doente e respetiva situação clínica, que advém de uma boa e completa avaliação deste, também é exigido, ao EEER, um bom nível de conhecimento sobre as técnicas base e sobretudo uma boa capacidade de adaptação e muitas vezes de criatividade, para encarar as diferentes circunstâncias, com que se depara, de forma a retirar os melhores resultados possíveis das suas ações. Pois, ao analisar em pormenor cada uma das técnicas anteriormente descritas, verifica-se que estas, não são mais que a combinação de vários exercícios de RFR diafragmática e costal, de forma a se atingir resultados que não poderiam ser alcançados quando utilizadas isoladamente.

Para além das várias técnicas aprendidas destaco também o conhecimento mais aprofundado no âmbito da interpretação de resultados gasimétricos, a análise imagiológica bem como a utilização de equipamentos que potencializam a reabilitação nomeadamente o artromotor, dispositivos de mobilização de secreções como o flutter, o capella e o Cough Assist, bem como ventilação mecânica invasiva e não invasiva e respetivos ventiladores.

Estes conhecimentos revelaram-se fulcrais na medida que são bastante específicos e que necessitam de um conhecimento prévio e detalhado sobre a forma como devem ser interpretados e utilizados, afim de permitirem uma boa capacidade de diagnóstico e sobretudo um correto manuseamento, de forma a retirar destes o

maior rendimento possível para o doente, prevenindo complicações e ou então deteta-las precocemente.

As vivências ocorridas ao longo do primeiro campo de estágio traduziram-se numa excelente aprendizagem ao nível do doente do foro ortopédico, como do doente do foro neurológico passando ainda pelo doente do foro crítico em cuidados intensivos, que constitui um grande desafio, por toda a complexidade que este apresenta. De acordo com a OE (2010), os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato. A intervenção do EEER passa pela observação, colheita e procura contínua de dados que permitam uma intervenção qualificada e adequada à vivência da pessoa.

Tendo em conta o que foi referido no parágrafo anterior esta experiência fez-me refletir em toda abrangência da atuação do EEER. Pois este tem um papel crucial, independentemente do contexto em que atua, sendo necessário possuir uma enorme bagagem de conhecimentos e de experiências que lhe permitam uma prestação de cuidados de qualidade.

Perante esta realidade a enfermagem assume, concomitantemente com a medicina um papel primordial na avaliação crítica do uso de procedimentos de diagnóstico e terapêuticas à medida que estes vão sendo introduzidos e testados na deteção, tratamento ou prevenção de estados de doença. Uma análise rigorosa e especializada da informação disponível sobre os benefícios e riscos absolutos e relativos de tais procedimentos e terapêuticas permitirá produzir orientações válidas para o reforço da eficácia dos cuidados, a otimização dos resultados nos doentes e a redução dos custos globais dos cuidados prestados ao orientar os recursos para as estratégias mais eficazes.

Paralelamente a todo isto há que salientar que ao longo do estágio encarei a reabilitação como um processo contínuo, no qual a família e o doente realizam conjuntamente com o EEER um percurso comum tal como Hesbeen (2003) defende. Por sua vez, uma vivência funcional a nível individual e familiar face a situações de incapacidade, depende de fatores individuais, familiares e de suporte. É nos fatores de suporte que se desenvolve o processo de cuidados de reabilitação. Os mesmos visam-se como protetores, permitindo favorecer a resiliência, melhorar a auto-estima

e a auto-eficácia da pessoa/família. Cabe assim ao EEER sustentar uma construção de uma trajetória resiliente, especialmente nas interações da pessoa com a rede de suporte social, sendo esta uma atitude para a promoção da saúde da mesma. Implica deste modo um fortalecimento da capacidade individual e coletiva perante as adversidades, potenciando a sua capacidade de escolha e do uso do conhecimento, considerando as diferenças da pessoa e comunidade.

O EEER tem de conhecer e respeitar o projeto de vida da pessoa, sendo o processo de cuidados guiado pelo mesmo, “que não se confunda o desejo de quem recebe cuidados e o desejo de quem os presta” (Hesbeen, 2003, p.127). Assim percebi que a pessoa/família que necessita de cuidados, são a primeira fonte de recursos para o planeamento e execução dos cuidados, pois são eles que lhes dão significação e direção.

Contudo isto aprendi ao longo do estágio a ter uma postura de promoção da liberdade, em que o doente decide livremente, no que se refere ao seu processo de saúde-doença, assumindo eu próprio o papel de agente facilitador neste processo, permitindo-lhe encontrar novos caminhos compatíveis com a sua situação de dependência, incrementando o seu bem-estar e qualidade de vida.

Muitas vezes, a procura conjunta de novos recursos é extremamente desafiante, implicando dedicação e criatividade ao EEER, já que pode ser necessário ‘inventar tudo’, pois o quotidiano da pessoa/família em situação de dependência sofre alterações profundas. Só um trabalho empenhado na revelação das possibilidades, das escolhas possíveis, por forma a dar sentido à existência destes, torna possível o retorno a uma situação de equilíbrio no seio familiar (Honoré, 2004).

As várias vivências ocorridas ao longo de todo o estágio permitiram-me perceber que a reabilitação deve basear-se no estabelecimento de uma relação de ajuda entre o doente/família, preocupando-se com as pessoas de forma holística, respeitando-as nas suas peculiaridades, sendo isto bem visível na aplicabilidade do projeto de reabilitação comunitária. Nomeadamente, sempre que eram detetadas circunstâncias de precaridade ao nível do doente e respetiva família, estes eram alertado para a necessidade de procurarem outro tipo de apoio nomeadamente

institucional, mas tendo sempre presente que a decisão tinha de ser apenas de ambos e não do EEER.

A família é tida como alvo de cuidados, trabalhando em cooperação estreita com o enfermeiro de reabilitação, partilhando responsabilidades com o mesmo, na promoção da capacitação do doente e dela mesma. A relação terapêutica estabelecida influenciará a recuperação da pessoa e a sua adaptação à situação de dependência/incapacidade, sendo vital na promoção da saúde da mesma (Hoeman, 2000). Neste sentido, procurei nas minhas práticas diárias suscitar esperança nos doentes/famílias; encontrar uma forma de compreensão da situação da pessoa/família; ajudá-los a expressar as suas emoções e providenciar-lhe apoio aos vários níveis (emocional, social e material).

Assim, é essencial que o EEER tenha uma relação de parceria com o doente na promoção de um nível máximo da sua autonomia, para a restauração da função e a otimização do seu estilo de vida (Hoeman, 2000). E mesmo quando a recuperação do corpo da pessoa deixa de ser possível, o EEER é aquele que mantém um interesse sentido pelo futuro da pessoa, minorando o fardo que a incapacidade pode ser na sua vida, permitindo-lhe um tempo rico em vida (Hesbeen, 2003).

A capacidade que o enfermeiro de reabilitação tem para privilegiar a qualidade do tempo partilhado, através das 'pequenas coisas' que revestem o cuidar em enfermagem, sempre dotadas da intenção pela procura do bem-estar pela pessoa/família são fulcrais no processo de reabilitação (Hesbeen, 2003). Através deste fato pude constatar que o EEER tem uma posição distinta e com competências próprias no seio da equipa multidisciplinar. O valor do trabalho de equipa neste contexto reside na possibilidade do resultado do mesmo ser superior à soma dos trabalhos individuais de cada categoria profissional (Hesbeen, 2003).

Ao longo do estágio para além de aprender e aprofundar técnicas, vivenciar diferentes realidades, também pude perceber o verdadeiro sentido de apresentar ganhos em saúde. Apesar de no meu dia a dia já utilizar escalas validadas que funcionam como verdadeiros indicadores de qualidade, foi neste estágio especialmente no processo de implementação do projeto que senti a sua verdadeira importância e magnitude, sobretudo no processo de fundamentação da necessidade deste, bem como na avaliação dos resultados obtidos. Tal situação reforçou em mim

a necessidade de nós, enfermeiros em geral dar-mos cada vez mais visibilidade aquilo que tao bem fazemos diariamente, pois ainda existe muito, nos nossos serviços a velha máxima de que as escalas são mais uma folha de papel, de que nada valem e que por sua vez os enfermeiros tem mais com que se ocupar.

Sendo que este estágio assentou na temática da abordagem do doente com DPOC, no seio da reabilitação faz sentido, descrever algumas considerações sobre essa temática, tal como se traduz no 4º objetivo - *prestar cuidados especializados de reabilitação, com enfase na pessoa com DPOC e respetiva família, focando a preparação para a alta, tendo em vista a readaptação socio familiar.*

A primeira consideração a fazer é que durante o todo o meu estágio constatei que existiam muitos doentes internados e em domicílio com DPOC, sendo esta responsável por um elevado número de óbitos principalmente nas faixas etárias mais avançadas, o que corrobora os dados apresentados pela DGS (2014). Presenciei alguns diagnósticos iniciais de DPOC em pessoas de meia idade, tal como afirma Teles de Araújo (2013), que acabavam por ter o seu primeiro internamento no serviço de pneumologia. Para agravar a situação apercebi-me através do diálogo com os próprios doentes e equipa, que as pessoas com DPOC apresentavam uma taxa de internamento bastante elevado, acabando por conhecer um doente que no espaço de um ano teve sete internamentos no serviço, dos quais a sua grande maioria prendia-se com o incumprimento terapêutico e com a falta de acompanhamento médico (ausências às consultas). Os dados referidos por este doente eram transversais a muitos outros os quais são do conhecimento da equipa.

Esta realidade conhecida pela minha experiência e vivências ocorridas durante o período de estágio remete-me para a literatura, nomeadamente para o tema da literacia. Tendo em conta a temática e a vontade de mais três colegas de especialidade decidimos participar no Congresso Internacional de Enfermagem de Reabilitação 2015 – Desenvolvimento pessoal e profissional, com uma comunicação livre intitulada “A influência da literacia em saúde na gestão da DPOC”. Esta situação foi bastante enriquecedora uma vez que permitiu a minha aprendizagem e o meu desenvolvimento ao nível da construção de trabalhos científicos, apelando à capacidade de síntese e de rigor académico e científico que também deve existir na nossa profissão. Com este trabalho pude consolidar as minhas realidades numa

base científica onde se confirma através de alguns estudos que independentemente do nível socioeconómico, a baixa literacia em saúde está associada a uma maior gravidade da DPOC, ao aumento do sentimento de desamparo, pior resultado na qualidade de vida e a um maior risco de recorrer ao serviço de urgência e consequentes internamentos (Roberts & Partridge, 2011).

Este trabalho, associado à realidade constata, fez-me pensar que o EEER no seu dia a dia deve centrar a sua atenção nos exercícios de RFR ou motora, mas também deve promover a autogestão da doença crónica, sobre tudo da DPOC. Sendo este último um fator crucial a desenvolver na preparação para a alta precocemente, de forma a que este seja retido pelo doente e família o melhor possível.

Ao longo do estágio pude realizar uma panóplia de técnicas de RFR as quais me permitiram perceber que devem ser implementadas o mais precoce possível e que é absolutamente necessário adapta-las a cada doente, o que exige por parte do EEER um grande domínio destas. Tal como é preconizado o programa de RFR deve ser individualizado e adequado à patologia, à idade do doente, à sua capacidade de aprendizagem, aos objetivos do próprio programa e sobretudo aos recursos disponíveis (Cordeiro & Menoita, 2014).

A prática das técnicas fez com que à medida que as ia aplicando percebesse a sua verdadeira essência, consolidando as suas indicações e contra indicações, não sendo estas últimas absolutas, bem como pequenas dicas relacionadas com a intensidade e correto posicionamento, sem nunca esquecer os indícios de possíveis complicações. Assim tal como qualquer técnica esta só vai sendo aprendida e melhorada com a sua prática regular e repetitiva. A este nível o estágio foi uma mais-valia, uma vez que me proporcionou para além de bastantes experiências, a possibilidade de por em prática vezes sem conta as mais diversas técnicas de RFR, tendo assim a hipótese de corrigir pormenores, capazes de poder potenciar a finalidade destas.

Falar em RFR é impossível, sem falar em reabilitação motora pois uma coisa que aprendi ao longo deste tempo foi o fato de ser impossível de dissociar algumas técnicas nas duas vertentes. Pois apesar de estar a cuidar de um doente do foro respiratório também lhe executo exercícios de reabilitação motora nomeadamente a

tolerância aos esforços, a conservação de energia e a adaptação às AVD o mesmo acontece em sentido contrário.

Ao longo deste período apercebi-me da necessidade crescente de envolver a família e o doente de forma a fazê-los, por um lado perceber a importância e as vantagens de RFR e motora e por outro ensiná-los a eles próprios a realizarem a sua auto reabilitação, dando por isso mais ênfase à preparação para a alta.

Com este estágio percebi a verdadeira essência da preparação para a alta, pois da minha experiência esta é bastante descorada e tardia sendo muitas vezes resultado da falta de articulação entre as equipas de enfermagem e médica. Pela primeira vez senti verdadeiramente um completo trabalho de equipa, uma vez que a alta era dada pela equipa médica em articulação com a equipa de enfermagem sobretudo com o EEER. No serviço de pneumologia presenciei situações em que o doente, que está sob o plano de RFR não teve alta devido à necessidade de lhe ser reforçada a aprendizagem de exercícios respiratórios, ou exercícios de adaptação às AVD bem como fato de apresentar lacunas na gestão terapêutica.

Perante esta situação presenciei a preocupação crescente da equipa de enfermagem em preparar a alta o mais precoce possível, nomeadamente ao nível do auto controle terapêutico e da doença crónica. Claro que para isto é necessário dispor de tempo, que é a principal queixa dos enfermeiros, mas mesmo assim apercebi-me que em reabilitação este fato é fundamental.

Aprendi que nem sempre é fácil envolver o doente e a própria família na prestação dos cuidados, sendo por vezes necessário realizar autênticas obras de malabarismo para o conseguir mas uma das características que este estágio me fez despertar e que deve acompanhar o EEER é a persistência, pois nem sempre o doente e família têm um trato afável e disponibilidade para tal.

O fato de se promover a autogestão terapêutica e o controle sintomático precocemente traduz algumas vantagens sobretudo no doente com DPOC. Pois uma das grandes preocupações da equipa multidisciplinar centrou-se na otimização da terapêutica inalatória para a qual tive um grande contributo com a realização da sessão e respetivos panfletos. A preparação destes trabalhos permitiu-me perceber que é necessário dar formação aos doentes, pois muitos não sabem utilizar corretamente os inaladores, bem como aos próprios profissionais, que reconhecem

não conhecer muitos dos novos inaladores e por sua vez a sua correta utilização. Assim este trabalho tornou-se bastante produtivo na medida em que contribuiu para aumentar o meu próprio conhecimento acerca da temática e sobretudo divulgar algum desse saber com a restante equipa e com os doentes. Tive, portanto uma grande preocupação de envolver na preparação para a alta do doente DPOC e não só, de todos os doentes medicados com inaladores, a otimização da terapêutica inalatória de forma a que estes tenham uma utilização correta.

Todas as aprendizagens descritas, desde o desenvolvimento do olho clínico, para uma avaliação inicial mais precisa, que por sua vez se traduz numa melhor capacidade de diagnóstico e de planeamento, ao aperfeiçoamento das várias técnicas e consequente avaliação dos resultados e preparação para a alta, foram fulcrais para a implementação do projeto de reabilitação, pois foram elas que lhe deram base de apoio e desenvolvimento.

O sucesso do projeto e de todos os programas de reabilitação prende-se com a participação do doente e família neste, mas para isso é necessário proporcionar-lhes um ambiente calmo e de confiança, tal como se evidencia no 5º objetivo - fornece suporte emocional diferenciado visando a criação de um ambiente que apoie o desenvolvimento pessoal. Só através de um ambiente assim desde o início é possível criar uma relação de proximidade entre o EEER e o doente / família. Se realmente durante o estágio na pneumologia senti essa necessidade, então na comunidade torna-se obrigatório. Uma vez que no seio da comunidade, o EEER vai “entrar” no seio do ambiente de segurança e conforto que o doente e família têm, o que nem sempre é fácil, tal como senti, mas cabe ao enfermeiro proporcionar meios que promovam um ambiente de conforto, de forma a que o doente se sinta protegido e confortável, pois só assim é possível integra-lo na prestação de cuidados. Recordo-me de na comunidade, recorrer a pequenas estratégias das quais destaco o recurso aos auxiliares de ação médica e sobretudo aos colegas mais velhos, que por conhecerem bastante bem toda a população facilitou a minha inclusão no seu meio de conforto.

Uma das situações que presenciei em que a importância da relação de ajuda / proximidade é mais evidente prende-se com os estereótipos associados à incapacidade sendo estes ainda mais notórios no seio comunitário. A este nível senti

que o EEER, tem um papel ativo relativamente aos problemas sociais, nomeadamente, na desestruturação e desconstrução do estigma e da rejeição associados a estes indivíduos com incapacidade.

Ao longo de todo o estágio apercebi-me que a comunicação foi um fator fulcral para o desenvolvimento desse ambiente de proximidade tal como Hesbeen (2003) defende é através de uma intervenção interdisciplinar, em que se viabilizam vias de comunicação eficazes, continuidade e coordenação, que será possível o sucesso da resolução de problemas e a obtenção de ganhos em saúde para o cliente/família, tudo isto revela a pertinência do sexto objetivo - estabelecer uma comunicação eficaz com a equipa multidisciplinar envolvida no processo de reabilitação com ênfase na pessoa com DPOC e na sua preparação para a alta.

A comunicação é fundamental para o trabalho de equipa, sendo este fato bem explícito no serviço de pneumologia, em que a opinião de todos os elementos da equipa multidisciplinar era tida em conta, da qual o EEER tinha uma postura de destaque.

Ao EEER é exigido para além de uma boa capacidade argumentativa, competências ao nível da escuta ativa, ao nível da gestão de conflitos e uma postura de liderança. Estas competências para além de serem responsáveis por um bom ambiente de trabalho, centrado na noção de trabalho de equipa, também assumem um papel de destaque da abordagem ao doente e família, pois se o objetivo é envolver o doente e respetiva família na prestação de cuidados e no auto controle da sua doença, é necessário utilizar um estilo de comunicação adequado às características das pessoas de forma a que a mensagem seja facilmente compreendida, pois só assim se consegue prestar cuidados, promover a auto gestão, bem como preparar a alta do doente.

Tudo isto é válido para todos os doentes tenham ou não DPOC, nesta última assume ainda mais importância uma vez que, todas as informações transmitidas através de uma comunicação eficaz são essenciais para uma correta gestão terapêutica e auto controle, reduzindo assim o número de vindas à Urgência e de consequentes internamentos. No seio da equipa multidisciplinar as competências referidas eram demonstradas nas passagens de turno, na partilha e no planeamento de cuidados diários com a restante equipa, nas reuniões clínicas e nos

planeamentos de cuidados e de alta, tudo isto na pneumologia. Maior importância, lhes é atribuída na comunidade.

A necessidade de existir uma comunicação eficaz e objetiva direcionada à problemática foi fulcral para levar a bom porto o projeto de reabilitação. Tal como foi descrito anteriormente o projeto “Reabilita – Mais saúde, mais vida” assenta na ação ECCL. Esta, está organizada através de uma estrutura dinâmica e em constante interação entre os seus membros. É formada por vários grupos profissionais, que apesar de terem funções bem definidas trabalham em uníssono com objetivos e metas comuns. Constituem-na um médico, a nutricionista, a fisioterapeuta, a assistente social e a enfermagem dentro da qual se insere a enfermagem de reabilitação como sendo um pilar em todo o processo, uma vez que na grande maioria das vezes é o enfermeiro ou o EEER que realizam o primeiro contacto com o doente bem como o devido levantamento das necessidades. Só após o levantamento e a avaliação de enfermagem é que são ativados os restantes elementos da equipa, sendo a enfermagem, principalmente o EEER, que faz essa ligação/ comunicação entre os doentes e restantes profissionais e vice versa.

Assim alguns doentes, abrangidos pelo projeto de reabilitação passam por uma avaliação seletiva dos vários grupos profissionais que constituem a ECCL, assumindo o médico a figura de coordenador desta equipa. Esta equipa trabalha diretamente com a rede nacional de cuidados continuados integrados de forma a fazer o encaminhamento e respetiva triagem de doentes. Mas se por um lado este projeto-piloto está interligado à ECCL, também é verdade que este tem autonomia própria, ou seja, podem ser encaminhados doentes por qualquer dos grupos profissionais que constituem a UCSP de Fornos de Algodres, sem estarem diretamente referenciados pela ECCL, desde que estes satisfaçam os critérios de admissão, já descritos. Neste projeto o EEER assume o papel de líder, uma vez que qualquer doente que possa ser referenciado, vindo de qualquer parte da UCSP (consultas médicas, enfermagem, nutrição, visita domiciliária, fisioterapia), passa obrigatoriamente pela avaliação do EEER, sendo ele próprio que por sua vez o referencia para a ECCL, caso seja necessário também, outro tipo de apoio.

Para todo este processo funcionar é necessário ter um bom relacionamento dentro e fora da ECCL e sobretudo ter bem presente a noção de trabalho de equipa,

baseado numa comunicação eficaz, mesmo que por vezes existam pontos de discrepância entre os vários membros, todas as opiniões são tidas em conta e depois de devidamente analisadas são tomadas decisões em conjunto.

Ainda relativamente à comunicação e ao trabalho de equipa é necessário destacar que dentro do projeto “Reabilitar – Mais saúde, mais vida”, sempre que o EEER se apercebia que o doente e família, não possuíam condições para lidar com a situação patológica ou de dependência, a primeira preocupação era elucidar o doente e família para a importância de um acompanhamento continuo e profissionalizado através dos vários recursos disponíveis na comunidade, bem como perceber a opinião e abertura deste e da família para este fato. A este nível muitos dos pareceres da família e do próprio doente eram negativos, o que por sua vez levava o EEER a articular-se com a ECCI para permitir dentro das possibilidades um melhor acompanhamento do doente aos vários níveis.

Para terminar este subcapítulo importa referir este estágio permitiu o contacto direto com o mundo da reabilitação, através da vivência de um vasto leque de experiências e realidades, de forma a promover a aquisição de experiência autêntica e, ao mesmo tempo, comprovar e solidificar conhecimentos e aptidões aprendidas anteriormente, bem como enriquecer o nível de conhecimento e de formação.

Constituiu um processo dinâmico e construtivo de formação académica e profissional baseado numa atividade de constatação de conhecimentos, aptidões e vocações, da qual a análise das aprendizagens de desempenho, em sede de reflexão sobre a prática de cuidado é crucial para o processo formativo de futuro EEER, dando assim uma resposta positiva ao sétimo e último objetivo específico.

3. AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE APRENDIZAGEM / ESTÁGIO

Num processo de aprendizagem como este torna-se imprescindível realizar uma avaliação de todo estágio, centrada na forma como os objetivos previamente planeados no projeto de estágio foram ou não alcançados.

Chegado ao final do estágio posso afirmar que todas as atividades planeadas, de uma maneira geral, foram realizadas, alcançando-se por sua vez os objetivos planeados, de forma bastante satisfatória. Estes revelaram-se fundamentais na aquisição de conhecimentos e na descoberta de novas realidades cognitivas, afetivas e sensoriais inerentes à prática especializada da enfermagem de reabilitação.

Ao longo do estágio percebi e consolidei a verdadeira essência do trabalho do EEER, o qual centra a sua atenção na prestação de cuidados à pessoa com diferentes níveis de (in) capacidade/ (in) dependência, tendo como principal finalidade reduzir a incapacidade provocada pela doença, sempre que possível prevenir as suas complicações e sobretudo melhorar a funcionalidade e atividade da pessoa, no seu dia a dia, promovendo a sua autonomia para os auto cuidados.

Atualmente o envelhecimento demográfico e consequente alteração do padrão epidemiológico da sociedade portuguesa, bastante característico da região geográfica onde decorreu todo o estágio e à face da realidade nacional, estamos perante uma população cada vez mais idosa, com elevada prevalência de doenças crónicas degenerativas, à qual se adiciona a pluripatologia. Todos estes fatores condicionam a saúde, a autonomia e independência, bem como a qualidade de vida da população, tornando o papel do EEER crucial na realidade atual.

Tendo em conta todas as experiências vividas ao longo do estágio, constatei que a enfermagem de reabilitação está cada vez mais desenvolvida em contexto hospitalar. Uma vez que ao realizar estágio no serviço pneumologia pude perceber que a ULS Guarda atribui muito mérito e prestígio aos EEER, pois são estes, os responsáveis pelos cuidados de reabilitação do doente dependente em todo o hospital, ficando a fisioterapia responsável pelo apoio aos doentes em contexto de ambulatório. Esta realidade foi consolidada pela oportunidade que tive de conjuntamente com a minha orientadora de prestar cuidados de RFR e motora em diferentes serviços. Tal situação deve-se ao fato de existir um conjunto de EEER de

diferentes serviços que por sua vez através de escala própria asseguram a reabilitação nos vários serviços (pneumologia, UCI, medicina e ortopedia), aos fins de semana e feriados garantindo o contínuo dos planos de reabilitação, pelo menos os mais prioritários.

Em contra partida, este estágio também me fez perceber que, se por um lado a abrangência do trabalho do EEER nos vários contextos é cada vez maior, por outro verifiquei, negativamente, que ainda existe um longo caminho a percorrer ao nível do acompanhamento institucional, na fase pós aguda deste tipo de doentes. Pois, apesar de haver uma preocupação cada vez maior em capacitar o doente e família, através da preparação para a alta precocemente, existem lacunas no encaminhamento dos doentes no pós alta. Mesmo existindo cada vez mais recursos disponíveis na comunidade, estes ainda são insuficientes para dar uma resposta adequada ao doente/família e muitos deles estão fora do alcance das famílias, quer ao nível dos recursos económicos, quer ao nível da sua distribuição geográfica.

Esta situação faz com que, por um lado existam doentes com um elevado nível de dependência que são institucionalizados longe da sua localidade e por outro doentes com alguma mobilidade e dependência, sejam enviados para a sua residência apenas com o apoio das UCSP, sendo este muitas vezes deficitário sobretudo ao nível da reabilitação.

Foi graças à realidade anterior que surgiu a criação do projeto “Reabilita - Mais saúde, mais vida”, que ao ser um projeto pioneiro na região, no seio da reabilitação comunitária se revestiu como o principal ponto forte deste estágio.

Apesar deste ser um desafio aliciante para mim e para toda a equipa da UCSP de Fornos de Algodres, o seu processo de implementação nem sempre foi fácil. No início deparamo-nos com alguns problemas sobretudo de logística e de carga horaria, mas que devido a uma reformulação da visita domiciliária e a um apoio dado pela ULS Guarda com a cedência de uma viatura foi facilmente ultrapassado. Existiu também a necessidade de fundamentar e de referenciar teoricamente todo o projeto, o que devido à sua complexidade e sobretudo à escassez de projetos similares se tornou um desafio. Para contrariar esta dificuldade, em muito contribuiu o apoio prestado pelo enfermeiro chefe / orientador e sobretudo o projeto de estágio realizado anteriormente.

Apesar de todas estas dificuldades este projeto centrado na manutenção e no desenvolvimento da capacidade do doente em alcançar a independência funcional revestiu-se crucial no processo de aquisição das competências específicas e comuns do EEER.

Através deste projeto e dos programas de reabilitação desenvolvidos no serviço de pneumologia pude adquirir um conjunto de ferramentas essenciais à avaliação, diagnóstico e implementação de diversos tipos de tratamentos, incluindo intervenções farmacológicas, físicas, técnicas, educacionais e vocacionais, capazes de proporcionar uma abordagem holística dos doentes acometidos a situações clínicas agudas e crónicas de dependência e incapacidade.

Perante tudo o que foi descrito anteriormente ressalvo para mim próprio a necessidade constante e diária de por em prática os conhecimentos adquiridos e sobretudo apreender novos outros. Só assim é possível conseguir para além de avaliar bem o doente e o respetivo resultado das intervenções executadas, saber aplicar as várias técnicas existentes e em muitas circunstâncias conseguir interligá-las e adequá-las à situação clínica apresentada pelo doente, de forma a retirar a maior eficácia da intervenção. Assim reforcei a ideia que o enfermeiro deve estar desperto e atento às mais várias problemáticas apresentadas pelos doentes, muitas das quais é o próprio enfermeiro a detetá-las uma vez que o próprio doente e família nem se apercebem delas.

Para além das numerosas aprendizagens de ordem teórica e prática ocorridas ao longo de todo o estágio, pude perceber que na sua prestação de cuidados o EEER não se deve centrar única e exclusivamente no doente, mas também naqueles que fazem parte do seu ambiente afetivo, uma vez que a pessoa destaca-se assim em relação à sua doença, devendo a intervenção do enfermeiro especialista centrar-se não só nesta, mas também naqueles que fazem parte do seu ambiente afetivo. Assim um dos aspetos que mais desenvolvi ao longo deste estágio e ao qual atribuo mais importância na minha prática de cuidados foi o grande envolvimento da família e da comunidade, na prestação de cuidados onde se articulam as relações entre os contextos sociais, culturais, políticos e económicos, além dos fatores individuais, dando ênfase efetivo ao potencial da pessoa.

À medida que ia prestando cuidados de reabilitação inteorizei o papel de agente facilitador que após o estabelecimento de uma relação de proximidade e de empatia me permitiu conjuntamente com a família e o próprio doente encontrar novos caminhos compatíveis com a sua situação de dependência, procurando promover o seu bem-estar e qualidade de vida. Mas nem sempre este processo é fácil, uma vez que, o doente dependente sente-se inferiorizado e estereotipado e isso foi bem visível especialmente no seio da comunidade, onde sinceramente admito ter tido algumas dificuldades para lidar com a situação. Mas com o apoio da equipa e do enfermeiro chefe fui-me dedicando e apelando à minha criatividade para criar estratégias capazes de dar sentido à sua existência e assim tentar o retorno a uma situação de equilíbrio.

O fator descrito anteriormente é agravado pela reduzida literacia apresentada pelos doentes e família. A convivência com um grande número de doentes ao longo de todo o estágio fez-me sedimentar a ideia que a literacia em saúde traduz-se numa capacidade essencial na vida dos indivíduos, ao nível da procura e da utilização da informação, no controlo e na gestão da doença, promovendo a sua saúde. Sobretudo no cuidado à pessoa com DPOC importa que os enfermeiros tenham em consideração a literacia em saúde e a sua promoção, com vista à melhoria na autogestão e auto controle da doença.

Outro aspeto que me chamou á atenção ao longo do estágio e que inicialmente me fez alguma confusão, prende-se com a capacidade que o EEER tem para privilegiar a qualidade do tempo partilhado, através das ‘pequenas coisas’ que revestem o cuidar em enfermagem, sempre dotadas da intenção pela procura do bem estar pela pessoa/família indo de encontra ao que (Hesbeen, 2003) defende.

Segundo a Sociedade Portuguesa Medicina Física de Reabilitação (2009) é neste contexto de intervenção que o enfermeiro especialista toma uma posição distinta e com competências próprias no seio da equipa multidisciplinar. Será através de uma intervenção interdisciplinar, em que se efetivam vias de comunicação eficazes, continuidade e coordenação, que será possível o sucesso da resolução de problemas e a obtenção de ganhos em saúde para o doente/família. O valor do trabalho de equipa neste contexto reside na possibilidade do resultado do mesmo ser superior à soma dos trabalhos individuais de cada categoria profissional. Esta

afirmação esteve bem patente ao longo de todo o estágio, onde pude vivenciar na prática o papel proactivo e dinamizador do EEER no seio de uma equipa multidisciplinar. A este nível na pneumologia foram notórias as intervenções planeadas e programadas para com a equipa e descritas no capítulo anterior. Já na comunidade a participação no seio da ECCI e consequente projeto de reabilitação comunitária faz com que aspetos relacionados com a comunicação eficaz, liderança e trabalho em equipa estejam bem presentes.

Depois de apresentadas os principais resultados / aprendizagens obtidas com o estágio devo referir que os campos de estágio excederam as minhas expectativas. O serviço de pneumologia, constitui um centro de referência na região centro já com provas dadas na área da reabilitação respiratória. Esta unidade corresponde a um serviço de internamento de doentes com patologia do foro respiratório, cuja RFR é realizada autonomamente apenas por EEER. Podendo ter doentes diversas origens, pois podem ser referenciados dos centros de cuidados de saúde primários, consulta de pneumologia, de outros serviços de internamento e sobretudo do serviço de urgência. Por sua vez, a UCSP de Fornos de Algodres, apesar de corresponder também ao meu atual local de trabalho, revelou-se uma mais valia, uma vez que foi nesta que consegui implementar um projeto de reabilitação que muito me orgulha bem como ao resto da equipa e que todo farei para lhe dar continuidade durante bastante tempo. Claro que para um projeto desta envergadura o conhecimento prévio da população alvo e a integração completa no seio da equipa multidisciplinar foram fatores preponderantes sem os quais não seria possível concretizar esse objetivo.

Sendo o doente com DPOC e a sua preparação para a alta, a problemática deste estágio é necessário estabelecer algumas considerações relacionadas com as aprendizagens ocorridas a este nível. Tendo em conta os doentes com DPOC que acompanhei, em especial na pneumologia pode perceber que o início precoce da RFR nos doentes com DPOC assintomáticos, constitui uma mais valia, sobretudo ao nível da prevenção profilática e gestão terapêutica. Estas medidas devem ter ênfase na educação para a saúde e no incentivo à aplicação desses ensinamentos, diariamente, no contexto domiciliário. Constatei que o EEER deve realizar uma

avaliação individual das necessidades do doente de forma a concessionar um programa capaz de responder aos vários problemas, sejam de que ordem for.

Ao nível no doente com DPOC constatei que apesar deste apresentar alguma renitência às medidas de RFR muito devido à sua complexidade em situações de maior gravidade, por um lado e por outro, devido à necessidade destas serem efetuadas repetidamente durante algum tempo para terem efeitos práticos, estas têm importantes contributos ao nível da auto gestão e auto controlo da patologia, o que faz com que exista uma redução do número de internamentos e de vindas à urgência, bem como uma progressão mais lenta da doença. Para este fato é crucial promover a preparação para alta precocemente, envolvendo a família nesta.

Assim mediante o que referi anteriormente destaco como aspetos positivos e pontos fortes deste estágio o fato de em primeiro lugar perceber todo o papel e importância do EEER no seio de uma equipa multidisciplinar. Tal situação foi sentida verdadeiramente através da prestação direta de cuidados de reabilitação aos mais variados níveis e nas mais diversificadas realidades o que também consistiu uma mais-valia. Outro aspeto positivo a salientar foram os vários conhecimentos teóricos e práticos adquiridos ao longo deste tempo. Devo também salientar que a autonomia que me foi atribuída por parte dos orientadores em ambos os campos de estágio para além de me incutir o verdadeiro sentido de responsabilidade fez-me crescer profissionalmente enquanto futuro EEER, sobretudo ao nível da avaliação, planeamento e implementação de programas de RFR e motora, aos vários doentes de onde se destaca o acompanhamento do doente DPOC, ocorrida principalmente no 1º campo de estágio.

Ainda como pontos fortes deste estágio devo destacar a participação no Congresso Internacional de Enfermagem de Reabilitação 2015 – Desenvolvimento pessoal e profissional, com a comunicação livre intitulada “A influência da literacia em saúde na gestão da DPOC” e sobretudo a criação do projeto de reabilitação comunitária “Reabilita – Mais Saúde, mais vida”.

Como tudo na vida existe bom e mau, também tenho de referir a existência de pontos menos bons ocorridos ao longo do estágio. Mediante todo isto destaco o fato não ter tido contacto com pós operatórios de doenças restritivas cirúrgicas, uma vez que não existe na ULS Guarda cirurgia torácica, sendo estes doentes encaminhados

para os Hospitais da Universidade de Coimbra, sempre que necessário. Outro aspeto a salientar foi o reduzido número de doentes com DPOC, acompanhados ao longo do 2º campo de estágio, uma vez que sendo a DPOC a temática principal deste estágio não foi possível adquirir grandes referências sobre a forma como estes doentes lidam com a sua doença, sendo esta informação inferida através da informação transmitida pelo doente aquando do seu internamento ou consulta.

Apesar de existir cada vez mais uma preocupação associada à preparação para a alta precocemente, à que salientar que existe ainda um apoio deficitário destes doentes no pós alta, pois à exceção daqueles que são institucionalizados, todos os outros que são a sua grande maioria são encaminhados para o seu domicílio ou para casa de familiares, ficando estes apenas com o acompanhamento em termos de consultas médicas esporádicas. A este nível ainda sugeri no seio do contexto hospitalar a existência de uma maior partilha de informação com as UCSP. Pois tendo eu trabalhado em contexto hospitalar e atualmente na comunidade, percebo que exista um certo encaminhamento de ocasião para os cuidados de saúde primários, mas que na prática só existe quando existe um grande nível de dependência ou quando é necessário dar continuidade aos tratamentos. Assim deixei a sugestão de 2 medidas que podem minimizar complicações e promover um acompanhamento com maior proximidade, sendo elas a realização do follow – up pós alta que consiste na realização de 1 ou mais contactos por parte do serviço onde o doente esteve internado, com a finalidade de perceber passados alguns dias qual o estado do doente. Já a 2ª medida prende-se com a realização de cartas de alta de enfermagem de todos os doentes internados de forma a que estas cheguem ao alcance dos enfermeiros das UCSP, de forma a que estes façam uma avaliação do doente e das necessidades de cuidados, pois muitas das vezes estes profissionais não sabem que o doente esteve internado.

Tendo em conta o que acabei de descrever, considero que seria importante centrar mais o estágio concretamente no doente com DPOC, sobretudo na seu acompanhamento no pós alta. Ao se tratar de um tema bastante abrangente é difícil analisá-lo nos 2 contextos. Assim como forma de complementar este trabalho, tinha sentido centrar a atenção no doente DPOC, no seio da sua família, comunidade e no acompanhamento no pós alta.

4. CONCLUSÕES E TRABALHOS FUTUROS

A enfermagem tem-se desenvolvido num tipo "particular" de conhecimento. É frequente, os enfermeiros depararem-se com situações que requerem ações e decisões para as quais não há respostas científicas. O que caracteriza o exercício de enfermagem é o facto de que ele engloba outros padrões de conhecimento, além do empírico, inclui aspetos que refletem crenças e valores. Para todo isso é crucial o processo de aprendizagem que ocorre ao longo do tempo, sendo esta potencializada pela formação académica (Queirós, 2003).

Ao ingressar nesta área de formação que tanto me fascina e admira, por toda a sua abrangência e complexidade, realizei um investimento pessoal, sustentado não só na relação direta entre mim e o meu trabalho, mas sim num desafio que proporcionou um desenvolvimento pessoal e profissional, potenciador de projetos, de modo a alcançar segurança e estabilidade no seio da minha vida pessoal e profissional.

Chegado ao final deste processo de aprendizagem, devo referir que o estágio constituiu um veículo, conduzido por uma problemática, que me permitiu para além de presenciar novas realidades e experiências, adquirir um rol de competências teórico práticas cruciais à prestação de cuidados especializados ao doente, família e comunidade enquanto EEER. Estas competências prendem-se com a responsabilidade, ética e legal na prestação de cuidados, com a melhoria da qualidade e gestão dos cuidados bem como no desenvolvimento de aprendizagens profissionais.

Por sua vez competências relacionadas com a prestação de cuidados a pessoas com necessidades especiais ao longo da vida e em qualquer contexto, que visam a capacitação da pessoa com deficiência, com limitação da atividade e restrição da participação na sociedade e no exercício da cidadania, maximizando assim a funcionalidade da pessoa, são características do EEER que foram apreendidas e solidificadas ao longo destes 3 últimos semestres do 6º Curso de Especialização em Enfermagem de Reabilitação.

O processo de aquisição destas competências foi algo de muito enriquecedor, pois foi através dele que eu percebi a verdadeira essência da reabilitação, sobretudo

ao nível do seu contributo para a saúde e bem estar do doente, família e comunidade.

Os EEER, enquanto membros de uma equipa multidisciplinar são profissionais capacitados e diferenciados para cuidar dos seus doentes, independentemente do nível de incapacidade/ dependência que estes apresentam e do contexto em que se encontram, tendo como objetivo atingir o nível máximo de independência funcional na realização das atividades de vida diária, promovendo o autocuidado e reforçando comportamentos de adaptação positiva, ou seja, “ajudar a pessoa a não sofrer ou a não se sentir diminuída, devido às suas características particulares” (Hesbeen, 2003, p. 40). Pois, tal como salienta Cordeiro & Menoita (2012), uma vivência funcional a nível individual e familiar face a situações de incapacidade, depende de fatores individuais, familiares e de suporte.

O EEER possui um leque de competências que lhe permitem realizar uma avaliação da pessoa doente tendo em conta todas as suas dimensões, a partir da qual levanta necessidades e fórmula problemas. É com base nestes problemas que vai conceber, implementar e monitorizar um conjunto de cuidados especializados, centrados na RFR e motora, que vai de encontro às necessidades reais do doente. Estes tipos de programas de cuidados de reabilitação permitem estabelecer uma relação terapêutica e de proximidade, quer no contexto hospital e sobretudo no seio domiciliário, capazes de promoverem a autonomia e máxima independência na satisfação dos autocuidados, tal como se pretende com referencial teórico escolhido para este trabalho.

Sendo a intervenção do EEER no doente com DPOC a problemática deste relatório, é necessário salientar que a intervenção destes profissionais, quer no âmbito da reabilitação motora e sobretudo ao nível da RFR, apresenta mais valias ao nível, principalmente do alívio das manifestações clínicas, que envolvem a DPOC e no seu auto controle. A DPOC é uma doença, responsável por um impacto físico, psicológico e social, no doente, no seu quotidiano, bastante marcado e por sua vez, também por um impacto económico que deve ser estudado e discutido. Mediante tudo isto é necessário desenvolver um conjunto de medidas que promovam a auto gestão, auto controlo da patologia, reduzindo assim o número de recidivas e

consequentes internamentos hospitalares, bem como a taxa de morbi-mortalidade que esta detém.

Segundo (Cordeiro & Menoita, 2012), falar em RFR e motora, não é falar em algo de muito complexo nem inalcançável, é falar sim num conjunto de exercícios realizado por um profissional qualificado, utilizando meios auxiliares simples e económicos e que tem, como retorno, um impacto elevado na diminuição dos custos por via da diminuição da sintomatologia relacionada com a DPOC, tendo esta um grande impacto no aumento das despesas em saúde e na consequente diminuição da qualidade de vida, do doente, família e comunidade.

Estes exercícios centram-se na correção da postura corporal, no controle ventilatório, na tolerância aos esforços e no fortalecimento muscular. Tem como objetivo o controle sintomático, levando a uma diminuição das crises de dispneia e tosse considerados pelos doentes como as manifestações mais incapacitantes desta patologia, bem como a melhoria da capacidade física e psicológica essencial à promoção da qualidade de vida e melhoria nos auto cuidados. Para além disto a atuação do EEER centra-se na educação para a saúde e na promoção dos níveis de literacia do doente e família, sem nunca se esquecer de dar ênfase à preparação para alta, realizada de forma complexa e precoce e, ao acompanhamento depois desta, de forma a promover a auto gestão terapêutica e patológica (Cordeiro & Menoita, 2012).

Todas estas realidades anteriormente descritas foram construídas ao longo de um processo contínuo e dinâmico ou seja, ao longo das várias semanas de desenvolvimento do ensino clínico. Pois foi graças a elas que adquiri as competências do EEER, cruciais à prestação de cuidados de reabilitação durante este período e num futuro próximo.

Toda a atuação por mim demonstrada, teve como objetivo major os comportamentos de auto-cuidado do doente, na sua independência e a sua reintegração social. Deste modo a adesão ao regime terapêutico e todo o conhecimento demonstrado sobre como retificar desordens ventilatórias vai permitir ao doente manter-se como membro ativo da sociedade.

Como, em qualquer processo na vida, o estágio também levantou algumas dificuldades e obstáculos, que tive de ultrapassar e que foram essenciais para o bom

desempenho. De início senti algumas dificuldades em transferir para a prática um leque de conhecimentos teóricos, pela particularidade do serviço, principalmente na pneumologia. Com o decorrer do tempo, integrei-me na dinâmica de trabalho, onde penso ter evoluído quer na aquisição de conhecimentos, quer na prática.

As várias experiências vivenciadas ao longo do estágio, que me permitiram inteorizar as aprendizagens descritas anteriormente, levam-me a refletir na verdadeira essência que é a enfermagem de reabilitação, uma vez que, atualmente é cada vez mais necessário que estes profissionais tenham uma postura pro ativa no seio da sociedade a fim de se iniciarem programas de reabilitação cada vez mais precocemente. De forma e que estes se traduzam em ganhos em saúde para os próprios doentes e sobretudo para a sociedade em geral.

Atualmente urge a necessidade de se demonstrar verdadeiramente o impacto que o papel do EEER tem aos vários níveis, para isso é necessário que estes profissionais coloquem em prática todas suas competências em prol da melhoria da qualidade de vida do doente e família bem como a sua reintegração social.

O acompanhamento dos doentes, independentemente da situação clínica que os afeta, por parte do EEER e equipa multidisciplinar, até é bastante bom no contexto hospitalar, mas nas situações de pior prognóstico ainda existem bastantes lacunas. Assim não posso deixar de referenciar que esta situação, desenvolveu em mim um sentimento ambíguo de felicidade, mas ao mesmo tempo de alguma frustração. Pois, tudo isto faz-me pensar que a reabilitação ainda se centra muito na essência do tratar da limitação/ dependência da pessoa doente e reintegra-la sem, ou com o mínimo de limitações. Existe, no meu entender, ainda um largo caminho a percorrer nomeadamente em áreas, que apesar de darem menos visibilidade à enfermagem de reabilitação, não deixam de ser muito importantes. É necessário aceitar cada vez mais, que a reabilitação também é crucial em situações, em que se sabe, à partida que os resultados vão ser pouco significativos no seio da atividade física, mas sim muito importantes ao nível da capacidade de aceitação do estado clínico apresentado. Pois qualidade de vida e saúde não se restringem unicamente à conservação da integridade física.

Outra situação que carece desenvolvimento é a área da reabilitação comunitária e domiciliar apesar de existem alguns projetos de reabilitação nesta

área estes ainda são muito poucos para permitirem por um lado um contínuo dos cuidados prestados em contexto hospitalar e por outro dar respostas às necessidades das populações. A este nível o fato de ter implementado um projeto nesta área foi uma grande mais valia pois para além de consolidar competências relacionadas com a capacidade de avaliar e prestar cuidados de reabilitação ao doente e família com qualquer tipo de necessidade de cuidados, permitiu-me desenvolver competências de âmbito relacional, comunicacional, gestão de equipa e sobretudo de promoção de qualidade. Assim este projeto permitiu-me ter uma visão de e para o futuro, desejando ser mais ator e menos espectador no processo do cuidar. Desta forma seria importante realizar trabalhos que promovam projetos de reabilitação junto das populações de forma, a que exista uma maior ligação entre o hospital e a comunidade.

Para terminar este relatório devo salientar que o objetivo geral de desenvolver competências que permitam a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação especializados com ênfase na pessoa com DPOC e a na sua preparação para a alta foi alcançado bem como as competências inerentes à função de EEER. Mas este percurso não seria possível sem o grande contributo dado pelos 2 campos de estágio e respetivas equipas. O fato de ter realizado estágio no serviço de pneumologia foi sem sombra de dúvidas uma mais-valia pois permitiu-me contactar com um grande número de doentes com as mais diversificadas patologias respiratórias, de entre as quais tem uma grande incidência a DPOC. Assim pude desenvolver e adquirir um rol de competências na área da RFR e motora.

Já a 2ª parte do estágio, ao estar direcionada para a vertente comunitária proporcionou-me uma outra visibilidade da importância da reabilitação em contexto domiciliário, que foi ainda mais fortalecida pelo meu atual conhecimento da realidade (comunidade). Permitiu-me conhecer o verdadeiro impacto que a dependência nos autocuidados acarretara na pessoa, família e sociedade, pois muitas vezes este impacto é subestimado em regime de internamento hospitalar.

Assim dou por terminado o meu relatório de estágio, espero que este traduza todo o meu trabalho, dedicação e esforço que tive ao longo de todo este período e que vá de encontro às avaliações atribuídas pelos orientadores de estágio (Apêndice XI).

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALBERT, R. K., SPIRO, S. G., & JETT, J. R. (2008). *Clinical Respiratory Medicine* (3ª ed.). Philadelphia.
- AZEVEDO, P. (2008). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação ao Adulto com Necessidade de Cinesiterapia Respiratória*. Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny, Funchal, Portugal.
- BENNER, P. (2001). *De iniciado a perito. Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. (A. A. Queirós, Trad.). Coimbra: Quarteto. (Tradução do original do inglês *From novice to expert. Excellence and power in clinical nursing practice*, first edition, 2001, Pearson Education, Inc).
- CANTEIRO, C., HEITOR, C., GOMES, I., MELO, I., MOITA, J., FERREIRA, M., FERNANDES, M. & SANTOS, J. (1997). *Normas Clínicas para Intervenção na Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica da Sociedade Portuguesa de Pneumologia*. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 3(3), 331-362.
- CARVALHO, A. & DIOGO, F. (1999). *Projecto educativo* (3.ªed.).Porto: Edições Afrontamento.
- CASTRO, L. & RICARDO, M. (2002). *Gerir o Trabalho de Projecto, Guia para a flexibilização e Revisão Curriculares*. Lisboa: Texto editores.
- CORDEIRO, M.C.O. & MENOITA, E. C.; (2012). *Manual de Boas Praticas na Reabilitação Respiratória. Conceitos, princípios e técnicas*. Lusociência.
- DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2014). *Portugal Doenças Respiratórias em números Programa Nacional para as doenças respiratórias*, Acedido em 25/05/2015, Disponível em: <http://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-doencas-respiratorias-em-numeros-2014-pdf.aspx>.
- DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2011a). *Cuidados Respiratórios Domiciliários: Prescrição de Aerossolterapia*. Lisboa.
- DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2011b). *Cuidados Respiratórios Domiciliários: Prescrição de Oxigenoterapia*. Lisboa.
- DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2011c). *Cuidados Respiratórios Domiciliários: Prescrição de Ventiloterapia e Equipamentos*. Lisboa.
- DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2011d). *Diagnóstico e Tratamento da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica*. Lisboa.

- DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2010). *Programa Nacional de Prevenção e Controle da DPOC - Informação Complementar sobre a DPOC em Portugal*. Acedido em 25/05/2015, Disponível em: <http://www.dgs.pt/wwwbase/wwwinclude/ficheiro.aspx?tipo=0&mid=5005&id=20985&ambiente=WebSiteMenu>.
- DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2009). *Orientações Técnicas sobre Reabilitação Respiratória na Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica*. Lisboa.
- DWEIK, R. & STOLLER, J. (2009). *Obstructive Pulmonary Disease: COPD, Asthma and Related Diseases*. In Wilkins, R. L., Stoller, J. K., and Kacmarek, R. M. (Eds.), *Egan's Fundamentals of Respiratory Care* (9th. ed., pp. 503-524). United States: Mosby.
- EUROTIALS (2007). *Boletim Informativo Saúde em Mapas e Números*. Eurotrials Consultores Científicos 24, 1-4.
- FERNANDES, A. (2009). *Reabilitação respiratória em DPOC – a importância da abordagem fisioterapêutica*. Pulmão RJ - Atualizações Temáticas, 1.
- FERNANDES, M. (1999). *Metodologia de Projecto, Servir*. 47(5); 233-236.
- FISHMAN, A. P., ELIAS, J. A., FISHMAN, J. A., GRIPPI, M. A., SENIOR, R. A., & PACK, A. I. (2008). *Fishman's Pulmonary Diseases and Disorders* (Fourth Edition ed.). Philadelphia.
- GEORGE, J. ET. AL.(2000). *Teorias de Enfermagem Os Fundamentos à Prática Profissional*. (4.ªed.). Trad. Ana Maria Vasconcellos Thorell. Porto Alegre: Artmed Editora.
- GLOBAL INITIATIVE FOR CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE (2011). *Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of Chronic Obstructive Lung Disease – 112 Revised 2011*. Acedido em 10/05/2015, Disponível em: http://www.goldcopd.org/uploads/users/files/GOLD2011_Summary.pdf.
- GOMES, I. (1996). *Curso Interactivo de Pneumologia: Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica*. Lisboa: Markenting, Publicidade e Edições.
- GONÇALVES, D. (2008). *A preparação do regresso a casada pessoa idosa hospitalizada*. Lisboa. Dissertação apresentada para obtenção do grau de Mestre à Universidade Aberta. [consultado em 12/02/2013]. Acessível em:

http://repositorioaberto.univab.pt/bitstream/10400.2/1234/1/disserta%C3%A7%C3%A3o_Deolinda%20Gon%C3%A7alves.pdf.

- HESBEEN, W. (2003). *A reabilitação: criar novos caminhos*. Camarate. Lusociência. ISBN: 978-972-8383-43-5.
- HESBEEN, W. (2001). *Qualidade em enfermagem: pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência.
- HOEMAN, S. (2000). *Enfermagem de reabilitação: processo e aplicação*. (2ª ed.). Loures: Lusociência.
- HONORÉ, B. (2004). *Cuidar: persistir em conjunto na existência*. Loures: Lusociência.
- LARSON, J., JOHNSON, J. & ANGST, D. (2000). *Respiratory Function and Pulmonary Rehabilitation*. In Hoeman S. P. (Ed.). *Rehabilitation Nursing- Process and Application* (2nd ed., pp. 393-433). United States: Mosby.
- LINDBERG, A., JONSSON, A., RONMARK, E., LUNDGREN, R., LARSSON, L. & LUNDBACK, B. (2005). *Ten-Years Cumulative Incidence of COPD and Risk Factors for Incident Disease in a Symptomatic Cohort*. *Chest*, 127, 1544-1552.
- LYNES, D. (2007). *The Management of COPD in Primary and Secondary Care*. London.
- MAN, W. D., KEMP, P., MOXHAM, J., & POLKEY, M. I. (2009). *Exercise and muscle dysfunction in COPD: implications for pulmonary rehabilitation*. *Clin Sci (Lond)*, 117(8), 281-291. doi: CS20080660 [pii] 10.1042/CS20080660.
- MESQUITA, L. (2004). *Enfermagem*. Instituto do Emprego e Formação Profissional Lisboa: Gráfica Europam Lda.
- MINISTERIO DA SAÚDE (2005). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica*. Direção Geral da Saúde.04.
- NÉRICI, I. (1987). *Metodologia do Ensino*, (2.ª ed.). São Paulo: Editora Atlas.
- OMS (2008). *Global Alliance against Chronic Respiratory Diseases, Action Plan 2008 – 2013*. Acedido em: 22/04/15, Disponível em: http://www.who.int/gard/publications/GARD_actionplan_FINAL.pdf.
- OSTHOFF, M., & LEUPPI, J. D. (2010). *Management of chronic obstructive pulmonary disease patients after hospitalization for acute exacerbation*. *Respiration*, 79(3), 255-261. doi: 000235721 [pii] 10.1159/000235721.

- ORDEM DOS ENFERMEIROS (Maio 2010). *Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Acedido em: 22/04/15, Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/MCEER_Parecer_12_2014_Competencias_no_ambito_dos_cuidados_especializados_em_Enfermagem_de_Reabilitacao.pdf.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (Outubro 2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista Enfermagem de Reabilitação*. Acedido em: 14/04/15, Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao_aprovadoAG20Nov2010.pdf
- OREM, D. (1991). *Nursing concepts of practice* (3.^aed.). New York: McGraw-Hill.
- OREM, D. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6.^a ed.). St. Louis: MosBy.
- OREM, D. E & TAYLOR, S.G. (2011). *Reflections on nursing practice science: the nature, the structure, and the foundation of nursing sciences*. Nursing science quarterly. Vol. 24(1), 35–41 DOI:10.1177/0894318410389061.
- MAREK, J., PHIPPS, W. & SANDS, J. & (2003). *Enfermagem Médico – Cirúrgica – Conceitos e Prática* (6.^aed.) Loures: Lusociência.
- PATUSKY, K. (2007). *A model of event-generated dependence in older adults*. International Journal of Older People Nursing, 2(3), 171 – 9.
- PETRONILHO, F. (2007). *Preparação do regresso a casa*. Coimbra: Formasau.
- PHANEUF, M. (2005). *Comunicação, Entrevista, Relação de Ajuda e Validação*. Lisboa: Lusociência.
- PINTO, E. (2011) - Independência funcional e Regresso ao Domicílio: Variável chave para a Enfermagem de Reabilitação. Instituto Politécnico de Viseu - Escola Superior de Saúde de Viseu.
- POTTER, P. A. & PERRY, A. G. (2003). *Fundamentos de Enfermagem: Conceitos e Procedimentos* (5.^a ed.). Trad. Lídia Correia Leal e Isabel Moura Ligeiro. Loures: Lusociência.
- PRESTO, B. & DAMÁZIO, L. (2009). *Fisioterapia Respiratória* (4.^a ed.). Rio de Janeiro.
- QUEIRÓS, A. (2003). *Projecto e Relatório de Estágio*. Coimbra: Quarteto Editora.

- REGULAMENTO N.º 125/2011 DE 18 DE FEVEREIRO (2011B). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*, aprovado em Assembleia Geral Extraordinária de 20 de Novembro de 2010. Diário da República, II série, N.º 35 (18/2/2011) 8658-8659; Regulamento nº 350/2015 de 22 de Junho (2015).
- REGULAMENTO DOS PADRÕES DE QUALIDADE DOS CUIDADOS ESPECIALIZADOS EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO, aprovado em Assembleia Geral de 22 de Outubro de 2011. Diário da República, II série, Nº 119 (22/06/2015) 16655-1666.
- ROBERTS, N. & PARTRIDGE, M. (2011). *Evaluation of a paper and electronic pictorial COPD action plan*. Chronic Respiratory Disease. 8(1), 31 – 40.
- SÃO JOSÉ, J. & WALL, K. (2006). Trabalhar e Cuidar de um Idoso Dependente: Problemas e Soluções. Cadernos Sociedade e Trabalho VII – Protecção Social, MTSS/DGEEP.
- SEELEY, R., STEPHENS, T. & TATE, P. (2003) *Anatomia & Fisiologia* (6ªed.) Loures: Lusociência.
- SILVA, A. ET. AL. (Abril de 2007). *Enfermagem avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina*. Servir. 55(1-2);11-20.
- SOCIEDADE PORTUGUESA MEDICINA FISICA DE REABILITAÇÃO (SPMFR) (2009) - Livro Branco de Medicina Física e de Reabilitação na Europa.
- TELES DE ARAÚJO, A. (2013). *Relatório do Observatório Nacional das Doenças Respiratórias 2011 – Prevenir a Doença, Acompanhar e reabilitar o doente*. Acedido em 25/05/2015, Disponível em: http://www.ondr.org/Relatorio_ONDR_2013.pdf.
- TOMEY, A. & ALLIGOOD, M. (2004). *Teóricas de enfermagem e a sua obra – Modelos e teorias de enfermagem*. (5.ªed.). Trad. Ana Rita Albuquerque. Lisboa: Lusociência.
- TROOSTERS, T., CASABURI, R., GOSSELINK, R. & DECRAMER, M. (2005). Pulmonary Rehabilitation in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 172(1), 19-38.

VIEIRA, A. ET. AL. (AGOSTO DE 2008). *Necessidades de aprendizagem dos pais na transição para a parentalidade: uma revisão da literatura*. *Servir*. 56(3-4); 146-154.

APÊNDICES

Apêndice I

(Projeto de Estágio)



VI Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização: Enfermagem de Reabilitação

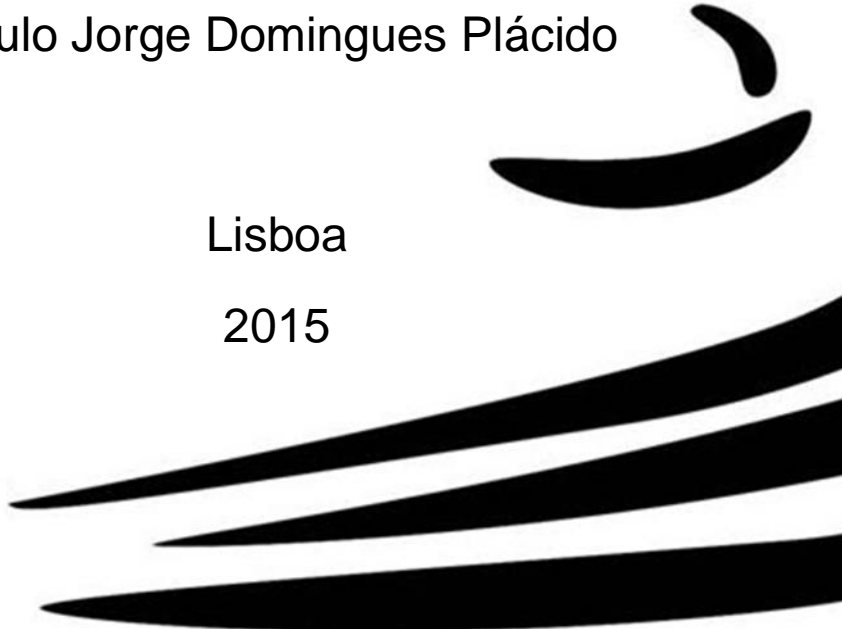
Unidade Curricular: Opção II

“A Intervenção, do enfermeiro especialista em reabilitação, para com a pessoa com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica e a sua preparação para a alta”

Paulo Jorge Domingues Plácido

Lisboa

2015



VI Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização: Enfermagem de Reabilitação

Unidade Curricular: Opção II

“A Intervenção, do enfermeiro especialista em reabilitação, para com a pessoa com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica e a sua preparação para a alta”

Paulo Jorge Domingues Plácido

Professor Orientador: Profº Joaquim Paulo



Lisboa

2015



SIGLAS

AVD - Atividades de Vida Diária

DGS – Direção Geral de Saúde

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

EER – Enfermeiro Especialista em Reabilitação

FEV - Forced Expiratory Volume

FVC - Forced Vital Capacity

GOLD - Global Initiative for Chronic Lung Disease

OE – Ordem dos Enfermeiros

OLD – Oxigénio de Longa Duração

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONDR – Observatório Nacional das Doenças Respiratórias

RFR - Reabilitação Funcional Respiratória

UE – União Europeia

ÍNDICE

1. IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO	4
1.1 – Título.....	4
1.2 – Palavras-chave	4
1.3 – Data de Início	4
1.4 – Duração	4
2. INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS	5
3. COMPONENTE CIENTIFICA E FORMATIVA.....	6
3.1 – Sumário	6
3.2 – Justificação da Escolha do Tema	7
3.2.1 – Impacto na Pessoa, Família e Sociedade	8
3.2.2 – A intervenção do Enfermeiro de Reabilitação	11
3.3 – Enquadramento Conceptual.....	15
3.3.1 – A pessoa com DPOC	15
3.3.2 – Teoria do défice de autocuidado de Orem	19
3.4 – Plano de Trabalho e Métodos.....	21
3.4.1– Problema Geral e Problemas Parcelares	22
3.4.2 – Objetivo Geral e Objetivos Específicos	22
3.4.3 – Fundamentação da escolha dos Locais de Estágio	23
3.4.4 – Descrição das tarefas e Resultados Esperados	25
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	26
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	27

APÊNDICES

Apêndice 1 – Classificação da DPOC

Apêndice 2 – Cronograma de Atividades

Apêndice 3 – Planeamento de Atividades

Apêndice 4 – Apresentação o Projeto de Estágio

1 – IDENTIFICAÇÃO DO PROJECTO

1.1 – Título

“A Intervenção, do enfermeiro especialista em reabilitação, para com a pessoa com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica e a sua preparação para a alta.”

1.2 – Palavras – Chave

Para a concretização deste projeto de estágio foi realizada alguma pesquisa bibliográfica através de vários recursos:

- Obras de referência e de fontes primárias;
- Pesquisa livre em áreas de referência no Google Académico;
- Bases de dados como: “b-on”, “EBSCO – HOST”, “Science Direct” e “Medline”

Foram definidas como palavras – chave deste projeto:

“Cuidados de Enfermagem” “Reabilitação” “Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica” “Preparação para alta”

1.3 – Data de Inicio

28 De Setembro de 2015

1.4 – Duração

O período de estágio terá a duração de 18 semanas, com início a 28 de Setembro de 2015 e com término a 12 de Fevereiro de 2016, sendo dividido em 2 períodos de 9 semanas cada.

2 - INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS

O estágio será realizado na Unidade de Readaptação Funcional Respiratória do Hospital de Santa Maria e na Equipa de Cuidados Continuados Integrados de Pero Pinheiro em Lisboa.

3 - COMPONENTE CIENTIFICA E FORMATIVA

3.1 - Sumário

Com o decorrer do processo de aprendizagem e de aquisição de competências, no contexto do 6º Curso de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, uma nova e decisiva etapa se avizinha, assumindo-se como um dos últimos passos deste nível de desenvolvimento académico.

No âmbito da Unidade Curricular de Ensino Clínico – Opção II, inserida no plano de estudos do referido curso, lecionado na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, surge a necessidade de elaborar um projeto de estágio, centrado num problema relevante para a formação profissional e capaz de planear previamente o processo de ensino aprendizagem, inerente à fase final deste ciclo de formação, correspondente à unidade curricular Estágio com Relatório.

O projeto de estágio é considerado um fio condutor que possibilita o desenvolvimento das capacidades e competências, melhorando a comunicação entre os intervenientes. Compreende por isso a necessidade do aluno em tornar-se o ator principal no seu percurso de formação, definindo um problema a estudar, sistematizando atividades e recursos necessários para a resolução do mesmo (Carvalho & Diogo, 1999). Ao elaborar este projeto pretendo definir as linhas orientadoras que vão guiar o estágio, do semestre seguinte, visando atingir as competências e objetivos propostos para o desempenho das funções de futuro enfermeiro especialista em reabilitação (EER).

Para a seleção do problema a abordar contribuiu a minha prática diária e sobretudo o meu desejo de desenvolver competências numa área que muito me fascina e admira, nomeadamente pela sua grande diversidade e complexidade. Perante este fato, vou debruçar a minha atenção sobre a “A Intervenção, do EER, para com a pessoa com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) e a sua preparação para a alta.”

A DPOC é considerada uma das principais causas de perda de qualidade de vida, com consequente mortalidade e morbilidade crónica, na sociedade atual, sendo espectável o seu aumento progressivo nos próximos anos. Esta tem impacto, a nível da própria pessoa, família / cuidadores e também na sociedade, constituindo

por isso um dos problemas de saúde pública mais importantes. Assim é necessário planejar e implementar cada vez mais intervenções de âmbito nacional, dirigidas à prevenção e controlo da DPOC (Direção Geral de Saúde (DGS), 2005).

Para além das intervenções de âmbito geral relacionadas com programas de saúde emanadas pela DGS, existem intervenções transversais a esses programas e que estão relacionadas com a reabilitação respiratória e motora dos doentes acometidos à DPOC. Estas permitem promover a recuperação da capacidade respiratória do doente, reduzindo tempos de internamento, gastos em medicamentosos e sobretudo melhorar a qualidade de vida do doente e família, bem como o seu bem-estar social e da sociedade, em geral (DGS, 2005).

Perante o que fora abordado anteriormente ressalta à vista a importância do EER na promoção dos autocuidados e na maximização do potencial funcional e de independência de doentes e família, com qualquer nível de incapacidade ou de dependência, independentemente da sua origem. O EER possui um conjunto de competências, que me disponho a atingir, que lhe permitem promover na sua intervenção o diagnóstico precoce e a implementação de ações de carácter preventivo e curativo de enfermagem de reabilitação, com o objetivo de manter ou recuperar a independência nas atividades de vida diária (AVD) e de promover a reintegração do doente na família e na comunidade. Para isso é extremamente importante a preparação para a alta (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2010).

Ao longo deste documento, pretendo, justificar a escolha do problema, através de um breve resumo da pesquisa bibliográfica realizada, sobre o tema e a sua importância na qualidade de vida dos doentes e família bem como as intervenções do enfermeiro de reabilitação; apresentar o enquadramento conceptual, com base na teoria de Dorothea Orem, escolhida como referência; apresentar a definição de objetivos, atividades propostas e locais de estágio selecionados. Por último, faço umas breves considerações finais acerca das dificuldades sentidas na elaboração deste projeto e de possíveis constrangimentos à sua realização.

3. 2- Justificação da escolha do tema

No meu dia-a-dia, ao exercer funções num serviço médico-cirúrgico, deparo-me com um grande número de doentes que apresentam quadros clínicos de

patologias respiratórias, que afetam as mais variadas classes etárias. Este fato é comprovado com os dados apresentados, pela Eurotrials (2007), onde se reporta que as patologias respiratórias são responsáveis por cerca de 3.025.000 óbitos anuais a nível mundial, dos quais 1.620.000 (53,5%) são homens e 1.405.000 (46,5%) referem-se a mulheres. De acordo com estes dados os indivíduos do sexo masculino e com idade avançada (sexta década de vida) são mais atingidos.

3.2.1 – Impacto na Pessoa, Família e Sociedade

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2008), as doenças respiratórias, das quais se destaca a DPOC, irão ocupar, num futuro próximo a posição, atualmente ocupada pelas Doenças cardiovasculares. A mesma fonte (2008), através de previsões prévias admite que em 2030, a DPOC seja considerada a 4ª causa de morte em todo o mundo, com um número de óbitos anuais, a nível mundial, muito próximo dos números das doenças cardio e cerebrovasculares.

Em Portugal, segundo dados fornecidos pela DGS (2014), a mortalidade associada às doenças respiratórias constitui a 3ª causa de morte, imediatamente, a seguir às doenças cardiovasculares e neoplásicas.

Através da análise comparativa da taxa de mortalidade, associada às doenças respiratórias (/100000 habitantes) em Portugal e na União Europeia (UE), entre 2007 e 2011, constatou-se que o nosso país ocupa o terceiro lugar, logo a seguir à Irlanda e ao Reino Unido, dos países da EU, com maior taxa de mortalidade. Estes números são resultado da elevada mortalidade associada às pneumonias, uma vez que, ao invés, a mortalidade associada à asma, DPOC e às neoplasias respiratórias é inferior à média da UE (DGS, 2014).

Segundo a DGS, (2014), em 2013 as doenças respiratórias causaram 12.605 óbitos (11,83%), sendo que a percentagem de mortalidade global foi superior nos homens (12,09%), comparativamente ao sexo feminino (11,56%). Estas percentagens aumentam com a idade, sendo predominante, a partir dos 65 anos. Verificaram-se também a existência de assimetrias regionais, uma vez que existe uma maior taxa de mortalidade nas regiões Centro e Alentejo, constatando-se o mesmo, a nível da mortalidade hospitalar.

De acordo com a DGS (2014), associado ao fato da taxa de mortalidade por asma ser mínima comparativamente à decorrente da DPOC infere-se que a taxa de mortalidade correspondente à bronquite crónica, bronquite não especificada, enfisema e asma, reflete sobretudo a mortalidade por DPOC. Assim em 2012, apesar de se constatar um aumento da taxa bruta de mortalidade, cerca de 7,6%, esse aumento ocorreu essencialmente a partir dos 75 anos, sendo possível registar ganhos em saúde resultantes da redução do número de anos potenciais de vida perdidos, de 2012. De acordo com Teles de Araújo, (2013), em Portugal as doenças respiratórias crónicas afetam cerca de 40% da população, com a DPOC a representar 14,2% dessas patologias em pessoas com mais de 40anos.

Ao contrário das doenças cardiovasculares, cuja sua mortalidade e incidência tem vindo a decrescer, a mortalidade associada à doença respiratória, tem vindo a aumentar exponencialmente ao longo dos anos (Observatório Nacional das Doenças Respiratórias (ONDR) (Teles de Araújo, (2013). Estes dados vão de encontro à minha experiência pessoal, pois no meu dia-a-dia, verifico um crescente número de doentes que chegam até mim, acometidos com estes problemas, causadores de um elevado número de co morbilidades e de mortalidade e que necessitam de um conjunto de medidas especializadas para o controlo e prevenção das exacerbações e das manifestações clínicas que a patologia respiratória apresenta.

Apesar do decréscimo da taxa de internamentos referido anteriormente a DPOC, é responsável por elevados encargos a nível da sociedade, exigindo uma gestão eficaz em termos de sustentabilidade. Pois esta é responsável por uma elevada recorrência às consultas médicas e aos serviços de urgência, bem como por um significativo número de internamentos hospitalares, frequentemente prolongados. Contribui para um elevado consumo de fármacos e de oxigenoterapia e ventiloterapia domiciliárias de longa duração. Na verdade, verifica-se uma tendência para o aumento significativo, a médio e longo prazo, da inatividade da população ativa e dos custos diretos desta, uma vez que se preveem mais agudizações e internamentos hospitalares. É urgente mudar esta realidade.

Os doentes que se encontram em situação crítica, resultante de agudizações ou recidivas da DPOC, na sua fase aguda, são submetidos a tratamentos e procedimentos invasivos realizados em contexto de Urgência e de Cuidados

Intensivos. Este fato faz com que, estes, na sua maioria quando chegam ao meu serviço, já venham numa fase pós aguda, o que não quer dizer que, não existam recidivas, com o respetivo agravamento do seu quadro clínico. Perante estas situações é exigido ao enfermeiro competências para a sua deteção o mais precoce possível e respetiva atuação, sem nunca descuidar a preparação para alta, procurando a maior autonomia possível na satisfação dos autocuidados do dia-a-dia.

Segundo a OMS (2008), a DPOC para além de ter um grande impacto na sociedade, no individuo e família esse impacto ainda é maior. Cerca de ¼ dos seus portadores consideram-se inválidos no seu dia-a-dia, muito por causa dos problemas respiratórios. Muitos doentes têm uma visão negativista do futuro, afirmando mesmo, terem medo de sair de casa, muito por causa do embaraço causado pela tosse. De acordo com a DGS (2014), muitos doentes com DPOC afirmam a inaptidão para manter estilo de vida, que tinham antes, sendo incapazes de preservarem a sua atividade laboral. Para além disso, muitos deixam de ser capazes de cuidar dos filhos ou da família, o que faz, com que, desenvolvam sentimentos de isolamento e de encargo, pois, muitas vezes sentem-se, “um peso” para a família e amigos.

Os encargos económicos para a sociedade, referidos anteriormente, são agravados pela diminuição da população ativa. Para além deste fato ser um problema para a sociedade, também o é para o doente e sua família, pois muitos doentes com DPOC são incapazes de planear o seu futuro. Situação agravada pela diminuição do rendimento total do agregado familiar, como resultado da condição.

Perante, a consequente, dependência cada vez maior do doente com DPOC, a família é muitas vezes chamada a intervir na prestação de cuidados e em contra partida também é flagelada com problemas e limitações que a própria doença induz, nomeadamente ao nível dos objetivos de vida, que são alterados, bem como o impacto financeiro e psicossocial devastador da DPOC, especialmente em pessoas que estão no ativo. Pois existem muitos casos em que elementos do agregado familiar deixam de trabalhar para cuidarem dos entes queridos (DGS, 2014).

Todos estes impactos anteriormente descritos definem a DPOC como um dos problemas de saúde pública de maior magnitude, do Século XXI. Perante isto torna-se imperiosa a existência de uma intervenção de saúde pública de âmbito nacional, planeada e dirigida ao combate da DPOC. Para este fato muito contribuiu o

Programa Nacional de Prevenção e Controlo da DPOC, aprovado em Fevereiro de 2005, centrado, não apenas na prevenção primária mas, essencialmente, nas prevenções secundária e terciária, exigindo uma combinação de esforços de todos os serviços prestadores de cuidados, a fim de se obterem ganhos em saúde e melhorar a qualidade de vida (Ministério da Saúde, 2005).

Segundo o Ministério da Saúde, (2005, p1), o programa acima mencionado é: uma abordagem abrangente dos serviços prestadores de cuidados de saúde junto da população em risco ou já portadora da doença, promovendo o seu diagnóstico precoce e tratamento e reabilitação adequados, em complementaridade com as ações desenvolvidas pelo Programa de intervenção integrada sobre fatores determinantes da saúde relacionados com os estilos de vida, pelo Conselho de Prevenção do Tabagismo e interceção com a Rede de Cuidados Continuados.

3.2.2 – A intervenção do Enfermeiro de Reabilitação

Atualmente, nos vários contextos e realidades, onde o EER intervém é notório o interesse deste, na promoção da qualidade de vida das pessoas. Este ao constituir uma equipa multidisciplinar, desenvolve, com os seus pares e com as pessoas alvo dos seus cuidados, um conjunto de estratégias que visam potenciar os autocuidados e a promoção da qualidade de vida para que a pessoa se realize a níveis cada vez mais elevados. Assim a presença do enfermeiro de reabilitação junto das pessoas com necessidades, bem como a sua capacidade de consultadoria no seio da equipa, é vista como uma enorme mais-valia (DGS, 2009).

Segundo a Global Initiative for Chronic Lung Disease (GOLD) (2011), a DPOC constitui um grave problema, sendo por isso necessário implementar um conjunto de medidas de carácter preventivo, que visem a diminuição das limitações impostas pelas doenças respiratórias. Relativamente ao tratamento e aos cuidados dos doentes com patologia respiratória, a Reabilitação Funcional Respiratória (RFR), tem um papel importante, no alívio dos sintomas e na promoção dos autocuidados.

Azevedo (2008) afirma que a RFR constitui um processo global e dinâmico, desempenhado por profissionais de saúde e especialistas, que trabalham em colaboração com o médico, com o próprio doente e família, alvo de cuidados e cujo objetivo é a recuperação física e psicológica da pessoa, de forma a possibilitar a sua reintegração social, visando o seu bem-estar.

Trooters et al. (2010, p. 27) acrescentam que a RFR deve:

iniciar-se precocemente nos doentes com DPOC assintomáticos, com intuitos profiláticos e terapêuticos, conferindo a máxima importância ao ensino e incentivo à sua aplicação domiciliária. As necessidades de cada indivíduo determinam a adaptação e integração de diversos programas de diferentes áreas de saúde, utilizados pela reabilitação pulmonar. (...)exige-se uma avaliação individual das suas necessidades e a conceção de um programa que permita dar uma resposta realista e cabal aos objetivos individuais do doente. O êxito do programa de reabilitação pulmonar deve ter em conta os problemas do foro psicológico, emocional e social, bem como a deficiência física, para assim otimizar a terapêutica médica tendente a melhorar a função pulmonar e a tolerância ao exercício.

Segundo Cordeiro & Menoita (2012), a RFR deve ter sempre em conta um conjunto de fatores associados, sendo eles, a própria patologia em si (estadiamento, estabilização, agudização e patologias associadas), a pessoa (nível de instrução e de aprendizagem, situação familiar e profissional), o local onde esta se realiza (internamentos, domicílio e ambulatório), bem como os meios utilizados.

Nos últimos anos vários estudos tem surgido no âmbito da importância da RFR na DPOC. Osthoff & Leuppi (2010) através de um estudo, puderam constatar que os doentes que após uma agudização da doença, eram submetidos a RFR, apresentavam uma melhoria na qualidade de vida e da capacidade física, o que lhes permitia ter alguma autonomia. Paralelamente verificaram que existia uma diminuição da taxa de reinternamento hospitalar, bem como da taxa de mortalidade.

Hoje em dia, os doentes com DPOC, submetidos a RFR apresentam melhoria da dispneia, maior tolerância ao esforço e exercício e sobretudo uma maior promoção do estado de saúde, através da otimização de terapias, como broncodilatadores, oxigénio e nutrição (Man, Kemp, Moxham, & Polkey, 2009). Para uma RFR completa esta deve abranger: a otimização terapêutica, a educação para saúde do doente e família, as técnicas da RFR, treino de exercícios e a intervenção nutricional e psico-social (Cordeiro & Menoita, 2012).

A DGS (2014) alerta para a necessidade dos doentes e famílias estarem devidamente preparados, pois só assim é possível terem um papel pró-ativo na prevenção e autocontrolo da DPOC, que lhes permita realizar uma correta gestão da doença. A mesma fonte (2014) defende que temas como: a fisiopatologia das doenças respiratórias e patologias associadas; causas de dificuldade respiratória, sinais e sintomas; terapêuticas utilizadas; técnicas de reeducação funcional; técnicas

de relaxamento e de conservação de energia; simplificação do trabalho nas AVD; dieta adequada; informação sobre os equipamentos de oxigenoterapia e ventiloterapia domiciliares e do seu modo de funcionamento; sexualidade; planeamento e intervenção nas agudizações e comunicação com a equipa de saúde, sejam abordados e dados a conhecer ao doente e família.

Segundo Cordeiro & Menoita, (2012), a desnutrição afeta muitos dos doentes com DPOC, sendo esta responsável pela diminuição da elasticidade dos pulmões, da massa muscular respiratória, da força e resistência. Para além destas consequências, esta também é responsável por uma maior dependência na execução dos autocuidados. Assim é fundamental que o doente promova um plano nutricional adequado. Por vezes é necessário realizar uma *toilette* brônquica antes das refeições, de forma a reduzir o esforço e promover o paladar-

O tabagismo é o principal fator de risco da DPOC, por isso constitui um grande motivo de atenção, a fim de prevenir e controlar a doença. Perante isto a cessação tabágica deve ser realizada o mais precoce possível, sendo esta um dos elementos principais do Programa Nacional de Prevenção e Controlo da DPOC, descrito anteriormente (Cordeiro & Menoita, 2012).

De acordo com Fishman et al., (2008), os programas de RFR devem incluir o treino das técnicas respiratórias, das quais se destaca a respiração diafragmática e expiração lenta com os lábios semicerrados. Estas técnicas permitem ao doente controlar a dispneia, aumentar a capacidade ventilatória, sincronizar a utilização da musculatura abdominal com os movimentos respiratórios e favorecer as trocas gasosas, de forma a manter a pressão positiva das vias aéreas, evitando o colapso dos bronquíolos terminais e a hiperinsuflação torácica (Fishman et al., 2008).

Estas técnicas devem estar associadas a exercícios de controlo e correção postural, bem como a exercícios que permitam a reeducação das hemicúpulas diafragmáticas, porção costal inferior bilateral e exercícios respiratórios globais. Estas para além de permitirem desenvolver um padrão respiratório eficaz são responsáveis pelo fortalecimento muscular (Cordeiro & Menoita, 2012).

Ainda segundo as mesmas autoras (2012), a produção excessiva de muco e o enfraquecimento muscular leva os doentes com DPOC a realizar diariamente a

higiene brônquica. Para isso é necessário que a estes, lhes seja ensinada a técnica de expiração forçada e a técnica de tosse dirigida, bem como outras.

De forma a retirar um maior desempenho das técnicas respiratórias descritas anteriormente é necessário otimizar também a função dos outros sistemas orgânicos, aumentando a tolerância ao esforço. Para isso o exercício físico é crucial pois vai permitir, ao doente com DPOC aprender e praticar técnicas de controlo da dispneia, através de técnicas respiratórias e de relaxamento, melhorando a sua condição (Fishman et al., 2008).

Relativamente à duração dos programas, Fernandes (2009) afirma que o programa de RFR deve incorporar 3 sessões supervisionadas por semana, durante 6 a 12 semanas. Cada sessão deve decorrer num período de 20 a 30 minutos, podendo ser substituídas por sessões de exercício intervalado com cerca de 5 a 10 minutos (Cordeiro & Menoita, 2012). Por sua vez a DGS (2009), afirma que os programas em ambulatório, com duração de 8 a 12 semanas têm vantagens na relação custo/eficácia, uma vez que o doente beneficia de uma equipa treinada, em ambiente seguro, sem os custos inerentes ao internamento em meio hospitalar.

O regresso a casa deste tipo de doentes, constitui um momento determinante na sua vida, no qual o enfermeiro de reabilitação é responsável pela promoção da autonomia face ao autocuidado e promoção das competências dos agentes informais de autocuidado terapêutico e do seu bem-estar, bem como, para as necessidades de cuidados na sociedade atual (Orem, 2011)

Para Petronilho (2007) a preparação da alta, assume-se de extrema importância para os cuidados de enfermagem. Mas no entanto este ato ainda não é assumido como uma prática profissionalizada. Pois a participação da família no regresso do doente a casa, ainda não é um acontecimento banal na prática de todos os enfermeiros sendo portanto um processo pouco sistematizado. Segundo Gonçalves, (2008), existem estudos que comprovam que a existência de necessidades não satisfeitas, uma má utilização dos recursos da comunidade, o inadequado acompanhamento no pós alta, são resultado de um planeamento de alta deficitário, traduzindo-se na falta de preparação para os auto cuidados e no recurso, com regularidade, aos serviços de saúde. Na origem de tudo isto pode estar a comunicação deficitária, bem como a falta de organização do processo.

A preparação para a alta exige a correlação dos profissionais de saúde com a pessoa dependente e sua família /prestador de cuidados, iniciando-se na admissão e vai até à integração em contexto familiar. Todo este sistema vai ajudar o doente com DPOC e sua família no processo de promoção de autocuidado e regresso a casa. Torna-se absolutamente necessário adaptar os hábitos de vida do doente com DPOC no pós programa de RFR, de forma a ter hábitos de vida mais ativos e saudáveis, no seu dia-a-dia. Para isso muito contribuem as técnicas de descanso e relaxamento bem como as de conservação de energia (Petronilho, 2007).

Com tudo isto podemos verificar que o EER possui um conjunto de competências que lhe permite planear, implementar e avaliar um conjunto de ações especializadas, de forma a dar resposta aos vários problemas das pessoas, independentemente da faixa etária, visando a promoção da saúde, a prevenção de complicações e maximizando o potencial da pessoa (OE, 2010).

3. 3 – Enquadramento Conceptual

Depois de constatar a realidade descrita anteriormente vou procurar desenvolver a aprendizagem e aprofundar os conhecimentos e as competências nesta área que tanto me fascina e admira. Toda a intervenção de enfermagem de Reabilitação junto do doente que sofre de DPOC induz-me uma vontade cada vez maior de o cuidar o melhor possível, procurando promover a sua qualidade de vida e o próprio auto controlo da situação patológica, bem como a adaptação à sua nova situação de saúde.

3.3.1 – A Pessoa com DPOC

Com o desenvolvimento da medicina e das tecnologias foi possível adquirir mais conhecimento sobre as doenças pulmonares, sobretudo a DPOC, essencial ao nível do seu diagnóstico e tratamento. A justificação para esta dedução encontra-se no fato do mecanismo fisiopatológico mostrar a localização e a(s) causa(s) do distúrbio respiratório. Deste modo, é crucial que o profissional de saúde tenha um conhecimento sobre a anatomia fisiologia do aparelho cardiorrespiratório, o que lhe vai permitir, ter, uma maior facilidade em delinear condutas, com vista à melhoria da

ventilação e das trocas gasosas a nível pulmonar, baseadas na fisiologia das técnicas e manobras de reabilitação respiratória (Presto & Damázio, 2009).

A respiração é considerada uma função vital ao organismo, definida como sendo um processo complexo caracterizado pela troca de oxigénio, entre o meio atmosférico e o sangue e a eliminação de dióxido de carbono. A respiração engloba a ventilação, caracterizada pelo movimento de ar para dentro do pulmão, envolvendo a inspiração e a expiração; a difusão, que consiste nas trocas de gases entre os alvéolos e o sangue; o transporte de oxigénio e de dióxido de carbono pelo sangue e por fim as trocas gasosas existentes a nível celular, ou seja entre o sangue e os tecidos (Seely Stephens & Tate, 2005).

O aparelho respiratório é constituído pelas vias aéreas de condução e pelas unidades funcionais respiratórias. As vias aéreas, estendem-se desde o nariz até aos bronquíolos terminais. O seu diâmetro vai diminuindo à medida que elas se vão ramificando. Estas são responsáveis pelo transporte do ar atmosférico até aos pulmões, mas sem intervir diretamente nas trocas gasosas. Relativamente às unidades funcionais respiratórias, estas são constituídas pelos bronquíolos respiratórios e pelos alvéolos, onde o transporte ocorre através do processo de difusão associado a um gradiente de pressão. (Larson, Johnson & Angst, 2000).

Segundo Marek, Phipps & Sands (2003), as doenças pulmonares podem ser restritivas e obstrutivas. Centrando a atenção, apenas nas doenças obstrutivas, como sendo a temática em desenvolvimento neste projeto, estas são resultado do aumento da resistência à passagem do fluxo aéreo, tornando a expiração, a fase mais afetada, devido à redução do calibre das vias aéreas. Este fato acontece devido ao aumento do volume residual pulmonar no final da expiração, pelo que o indivíduo terá menor volume corrente na inspiração seguinte.

A comunidade científica emprega a designação DPOC a um grupo de doenças – bronquite crónica, bronquiolite obstrutiva e enfisema – que podem ou não coexistir em simultâneo (Lynes, 2007). A GOLD (2011), define DPOC, como sendo uma doença de caráter prevenível e tratável, com alguns efeitos extrapulmonares importantes, nomeadamente a nível cardíaco, renal e músculo-esquelético, caracterizados pelo desenvolvimento progressivo da limitação (obstrução) das vias aéreas que não é completamente reversível.

De acordo com Presto & Damázio, (2009), a incidência da DPOC encontra-se associada a um conjunto de fatores de ordem genética, constitucional, comportamental, sócio-demográfica e ambiental. De todos eles o que assume maior importância é o tabagismo, sendo este responsável pelo aparecimento da doença a partir dos 50 anos. O risco associado ao tabaco depende da dose consumida, ou seja, quanto mais precoce for o início do consumo, quantos mais maços/ano se fumar e quanto maior for o tempo de duração do hábito, mais pronunciada será a taxa de mortalidade. Perante esta, situação têm surgido inúmeros programas de cessação tabágica como forma de prevenção e tratamento da doença.

Pensa-se que a interação entre fatores genéticos, tais como a deficiência de $\alpha 1$ -antitripsina, inibidor da serina protéase, causadora do desenvolvimento do enfisema pulmonar e os fatores sócio-ambientais, de onde se destaca a exposição ambiental, a poeiras ocupacionais e a irritantes químicos por períodos de tempo prolongados e com grande intensidade, sejam responsáveis por 10 a 20% dos sintomas relacionados com a DPOC. Por fim, fatores como a existência de infeções respiratórias graves na infância, associadas a baixas condições socioeconómica, também estão inerentes à incidência da DPOC (Canteiro et al., 1997).

De acordo com Albert et al., (2008), a diminuição do fluxo respiratório característico da DPOC, deve-se a uma resposta inflamatória anómala, resultante do contato de substâncias tóxicas ou nocivas com o parênquima pulmonar. Com este fato, células do sistema imunitário, são recrutadas e ativadas no pulmão produzindo mediadores inflamatórios que podem destruir e dilatar o parênquima pulmonar (enfisema), conduzindo também a uma hiperplasia das glândulas mucosas provocando uma maior produção de muco (bronquite crónica). A hipersecreção de muco conduz a uma limpeza, ineficaz, das vias aéreas, causadora de infeções respiratórias exacerbando todo o processo inflamatório. Concomitante a tudo isto pode existir uma hipertrofia da musculatura lisa dos brônquios com maior probabilidade de obstrução grave no caso de broncoespasmos (bronquiolite obstrutiva). Tudo isto se traduz num ciclo vicioso, para o qual se desenvolveram formas concretas de avaliação e classificação objetiva da gravidade da DPOC, com base nas manifestações clínicas apresentadas (Presto & Damázio, 2009).

Os doentes com DPOC, na sua fase de agudização experienciam determinadas manifestações clínicas que os conduzem normalmente aos serviços de urgência. Segundo Gomes (1996), os sinais da DPOC mais característicos abrangem a tosse, com possibilidade de esta ser produtiva e por isso acompanhada de expectoração, pieira e dispneia, esta normalmente encontra-se inerente a esforços físicos mais ou menos intensos. A dispneia é referida por muitos doentes com DPOC como o sintoma mais incapacitante numa fase mais avançada da doença. Em fases avançadas da doença, com quadros de diminuição significativa da função respiratória, associados à obstrução das vias aéreas é frequente encontrar doentes com semiologia clínica característica, de onde se elenca, os lábios semicerrados na expiração, a utilização dos músculos respiratórios acessórios, o tórax insuflado, prolongamento do tempo expiratório, sibilâncias e cianose (Gomes, 1996).

Tendo com base na DGS (2011), o diagnóstico da DPOC deve ser efetuado tendo em conta a existência de sintomas respiratórios crónicos e progressivos (tosse, expectoração, dispneia, cansaço com atividade física e pieira), a exposição a fatores de risco bem como a existência de alterações na espirometria em que a relação FEV_1/FVC (Forced Expiratory Volume no 1º segundo/ Forced Vital Capacity) após broncodilatação seja inferior a 70%. A utilização da espirométrica permitiu aos especialistas da GOLD (2011) definir a doença e classifica-la em 4 estádios (Apêndice 1 - Classificação da DPOC) baseada em critérios específicos.

Segundo a GOLD (2011), os objetivos do tratamento da DPOC centram-se; no tratamento dos sintomas, na prevenção da progressão da doença, melhoria da tolerância ao esforço e do estado geral de saúde, prevenção de complicações e exacerbações, bem como a redução da mortalidade e dos internamentos.

A DGS (2011) recomenda que todos os doentes com DPOC devem fazer anualmente a vacina da gripe (Influenza). Para além desta, a vacina pneumocócica, também deve ser administrada a doentes que têm mais de 65 anos ou menos de 65 anos mas com $FEV_1 < 40\%$.

O tratamento farmacológico do doente com DPOC depende do estadiamento da doença. Apesar de não existir terapêutica farmacológica, capaz de conseguir alterar a progressão da doença, os broncodilatadores e os corticoides continuam a ser sem dúvida as terapias de eleição, pois estes permitem controlar os sintomas e

aumento da capacidade física, através da redução da hiperinsuflação, melhorando o fluxo ventilatório e aumentando a capacidade inspiratória. Este tipo de terapia exige uma monitorização contínua, tendo em conta a redução dos sintomas e a frequência de exacerbações que o doente apresenta (GOLD, 2011). Esta muitas vezes encontra-se associada à Ventilação Mecânica não Invasiva e a Oxigenioterapia de Longa Duração (OLD). Estas têm tido um contributo importantíssimo na recuperação e qualidade de vida no domicílio de alguns doentes (DGS, 2011).

Associada a todas estas opções terapêuticas surge a reabilitação respiratória, de onde se destaca o papel do enfermeiro de reabilitação e de outros profissionais, tal como fora retratado no subcapítulo anterior (sub – capítulo 3.2.2). Esta, enquanto abordagem formal e estruturada, tem ganhos demonstrados na melhoria da qualidade vida, alívio da dispneia e melhoria da capacidade física, contribuindo assim para a redução significativa dos custos diretos e indiretos com a saúde destes doentes bem como para a promoção da sua autonomia no desempenho dos seus autocuidados, tal como Orem defende na sua teoria (Albert et al., 2008).

3.3.2 - Teoria do défice de autocuidado de Orem

De acordo com a OE (2011), os cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com DPOC são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua. A intervenção do EER passa, entre outros aspetos pela observação, colheita e procura contínua de dados que permitam uma intervenção diferenciada e adequada à situação de cuidados vivida por cada doente. A diferenciação e qualificação referidas requerem um vasto desenvolvimento de competências profissionais, definidas pela OE (2011), para as quais a presente formação e o atual projeto remetem.

De acordo com a necessidade crescente de fundamentar conceptualmente a minha prática e aprendizagem, sobre a intervenção do EER no cuidado à pessoa com DPOC, basear-me-ei na teoria do défice de autocuidado de Orem, uma vez que qualquer doente com DPOC, independentemente do estágio, em que este se encontra, apresenta um défice de autocuidado, necessitando de ajuda, que pode ir desde a supervisão até a ajuda total, para a realização deste. A este nível a escolha desta teoria, torna-se bastante pertinente uma vez que atribui primazia ao

autocuidado e está estreitamente relacionada com o impacto físico e psicológico deste tipo de patologia.

Tomey & Alligood (2004) afirmam que o défice de auto cuidado é um conceito abstrato que descreve a relação existente entre as capacidades de ação dos doentes e as suas necessidades de cuidado, o que permite fornecer orientações para a escolha de métodos de auxílio e compreensão do papel do doente no auto cuidado, ou seja *“a teoria do défice de autocuidado estabelece a razão para uma pessoa poder beneficiar da enfermagem”* (Tomey & Alligood, 2004, p.217).

Segundo Tomey & Alligood, (2004), Orem na sua teoria do défice de autocuidado, defende a existência de três teorias interligadas, sendo estas fundamentais para a conceptualização deste projeto. A primeira das teorias, é a teoria do autocuidado, que faz referencia ao como e porquê as pessoas cuidam umas das outras, ou seja diz respeito as atividades que favorecem o aperfeiçoamento das pessoas dentro de um espaço de tempo, visando preservar a vida saudável e dar continuidade ao desenvolvimento e ao bem estar pessoal. Falar de autocuidado em enfermagem não seria possível sem fazer referência à teoria do défice de auto cuidado que explica a forma como as pessoas podem ser ajudadas através da enfermagem. Por fim mas não menos importante a teoria dos sistemas de enfermagem que descreve as relações que tem de existir para se desenvolver a enfermagem.

A ideia central da teoria do défice de autocuidado é que as condições necessárias das pessoas para a enfermagem estão associadas à subjetividade da maturidade e do amadurecimento das pessoas em relação às limitações da ação relacionadas com a saúde ou com os cuidados de saúde. Estas limitações deixam-nas completa ou parcialmente incapazes de saber as condições existentes ou emergentes para o cuidado regulador de si próprias ou dos seus dependentes. Limitam, igualmente a capacidade para se encarregar da execução continuada de medidas de cuidado para controlar ou, de algum modo, gerir fatores reguladores do seu próprio funcionamento e desenvolvimento ou do dos seus dependentes. (Tomey & Alligood, 2004, p.217).

Isto traduz que para além de ser prestado um vasto leque de cuidados especializados e inteiramente correlacionados com a atuação em contexto agudo, não se pode deixar no esquecimento os autocuidados, bem como a prevenção de riscos e conseqüente preparação para a alta. Ou seja o doente com DPOC continua a precisar de atender ao seu desígnio para o autocuidado.

Segundo Orem (1991), as necessidades (*self-care demands*) de autocuidado são definidas como necessidades não satisfeitas de autocuidado não só da doença,

injury, desfiguramento e incapacidade, mas também a partir dos cuidados médicos. Partindo da necessidade de auxiliar o indivíduo a providenciar o autocuidado e o autocuidado dependente, é necessário ter em conta, que a ação de enfermagem é complexa, de forma a permitir conhecer e ajudar os outros a “preencherem as suas demandas terapêuticas de autocuidado” (Orem, 1991, p. 289).

Orem (1991), defende que na enfermagem o termo cuidado é bastante abrangente e encerra todas as dimensões do indivíduo. No seu contexto mais amplo, promove no ser cuidado uma sensação de ser respeitado na sua individualidade e no ser que cuida a sensação de responsabilidade pelo outro.

O enfermeiro pode ajudar o indivíduo usando um ou todos os cinco métodos de ajuda defendidos por Orem (1991), para proporcionar assistência com autocuidado, ou seja a atuação de enfermagem baseia-se nas necessidades de autocuidado e nas capacidades do doente para desempenhar as atividades de autocuidado, Se existir um défice de autocuidado, isto é se existir um défice de entre o que o indivíduo pode fazer (ação de autocuidado) e o que precisa ser feito para manter o funcionamento ideal (exigência de autocuidado), é exigida a intervenção de enfermagem (George et. al., 2000).

Os enfermeiros especialmente os especialistas em reabilitação, devem ter também uma visão futurista do doente, no que diz respeito à sua recuperação e sobretudo à sua readaptação e reinserção na sua vida quotidiana, promovendo a máxima autonomia possível nas suas AVD, reduzindo a morbilidade. (OE, 2010).

Assim os enfermeiros para além de desenvolverem um conjunto de competências que lhe permitam desenvolver a melhorar as suas práticas, estes devem ter um papel participativo no processo de aprendizagem (Vieira et al, 2008).

3. 4 – Plano de Trabalho e Métodos

Benner (2001), defende que a enfermagem possui uma prática socialmente organizada e uma forma implícita de saberes e de ética. As suas práticas crescem através da aprendizagem experimental e através da sua transmissibilidade nos próprios contextos de trabalho. As práticas não podem ser objetivadas, uma vez que estas têm sempre de ser contextualizadas e reformuladas no âmbito das interações particulares que ocorrem em momentos reais. Quando se pensa, num percurso de

aquisição e de desenvolvimento de competências é fundamental contextualizar as competências que se pretendem desenvolver mas também qual o estágio inicial em que nos encontramos para percorrer este caminho. Assim sendo a teoria oferece o que pode ser explicitado e formalizado, mas a prática é sempre mais complexa e apresenta muito mais realidades do que as que se podem aprender pela teoria.

3.4.1 – Problema Geral e Problemas Parcelares

Para a realização do projeto de estágio o planeamento assume-se como uma fase de extrema importância, sendo por isso necessário apresentar algumas considerações teóricas acerca deste. De acordo com Nérici (1987), planear é fundamentalmente escolher... é determinar conscientemente o curso das ações, orientando-as para a realização de objetivos... planear é decidir. Já Fernandes (1999, p.234) define projeto como “o processo de planeamento e realização de um conjunto articulado de ações com vista a atingir determinados objetivos.” Este processo envolve uma metodologia centrada na resolução de problemas.

Assim e tendo em conta o que foi exposto anteriormente, posso definir como finalidade deste projeto, *o desenvolvimento de competências para o cuidado especializado de enfermagem de reabilitação com ênfase na pessoa com DPOC e a na sua preparação para a alta*, que visa dar resposta aos seguintes problemas.

Problema Geral	Problemas Parcelares
Deficit no desenvolvimento de competências que permitam a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação especializados com ênfase na pessoa com DPOC e a na sua preparação para a alta.	<ul style="list-style-type: none"> • Elevada taxa de comorbilidades na pessoa com DPOC; • Grande número de Exacerbações da DPOC; • Impacto elevado da DPOC na pessoa, família e sociedade; • RFR como agente promotor da autonomia e dos autocuidados; • Preparação de alta inadequada, mas com grande potencial.

3.4.2 – Objetivo Geral e Objetivos Específicos

Para Nérici (1987), um objetivo define-se como sendo uma intenção, que deve ser expressa de uma forma inequívoca, de uma maneira que eu próprio e os

outros saibamos bem o que pretendemos. Assim, um objetivo é o ponto de partida para qualquer trabalho. De acordo com isto defini como objetivos para o estágio a acontecer no 3º semestre:

Objetivo Geral	Objetivos Específicos
Desenvolver competências que permitam a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação especializados com <i>ênfase na pessoa com DPOC e a na sua preparação para a alta</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fundamentar os cuidados de enfermagem de reabilitação, nos princípios éticos, no conhecimento de enfermagem e na evidência científica; 2. Detetar precocemente necessidades de cuidados de reabilitação especializados e possíveis complicações decorrentes da sua implementação; 3. Implementar cuidados de enfermagem de reabilitação especializados, ao nível da reeducação funcional respiratória e sensório – motora, apropriados às necessidades de autocuidados apresentadas pelos doentes com diferentes níveis de dependência; 4. Prestar cuidados especializados de reabilitação, com ênfase na pessoa com DPOC e respetiva família, focando a preparação para a alta, tendo em vista a readaptação socio familiar; 5. Fornecer suporte emocional diferenciado visando a criação de um ambiente que apoie o desenvolvimento pessoal; 6. Estabelecer uma comunicação eficaz com a equipa multidisciplinar envolvida no processo de reabilitação com ênfase na pessoa com DPOC e na sua preparação para a alta; 7. Analisar as aprendizagens e desempenho, em sede de reflexão sobre a prática de cuidado.

3.4.3 - Fundamentação da Escolha dos Locais de Estágio

Para operacionalizar os objetivos anteriormente descritos e por sua vez para desenvolver um conjunto de competências pré-estabelecidas pela Ordem dos Enfermeiros, procurei selecionar uma área de intervenção que me permita atingir esses objetivos. A esse nível considero de crucial importância procurar realizar o acompanhamento do doente e família com DPOC desde a sua fase aguda, mas sem nunca esquecer a preparando para a alta.

Saliento que as escolhas dos respetivos campos de estágio tiveram como base as idas a campo realizadas. Com a finalidade de proceder à operacionalização do projeto, o estágio será concretizado em 2 períodos/2 experiencias, de forma a poder retirar o máximo proveito de cada um deles (Apêndice 2 – Cronograma de Atividades).

Como o período de estágio contempla a duração de 18 semanas, com início a 28 de Setembro de 2015 e com término a 12 de Fevereiro de 2016, decidi dividi-lo em 2 períodos de 9 semanas cada. O primeiro período terá início a 28 de Setembro e decorrerá até 27 de Novembro do presente ano e será realizado na Unidade de Readaptação Funcional Respiratória do Hospital de Santa Maria. A escolha deste campo de estágio, deve-se ao fato deste ser um centro de referência a nível nacional na área da reabilitação respiratória. Esta unidade para além de dar resposta aos doentes, com as mais diversificadas patologias respiratórias, internados nas várias especialidades, também dá apoio a doentes em ambulatório.

Os doentes seguidos pela equipa de enfermagem de reabilitação, deste serviço podem ter diversas origens, pois podem ser referenciados dos Centros de Cuidados de Saúde Primária, Consulta de Pneumologia, Consultas Externas de outras especialidades médicas e serviços de internamentos. A este nível, esta unidade é sem sombra de dúvidas uma mais-valia pois vai-me permitir contactar com um grande número de doentes com as mais diversificadas patologias respiratórias, de entre as quais terá uma grande incidência a DPOC e assim desenvolver e adquirir um rol de competências na área da RFR e motora.

O segundo período de estágio será realizado na Unidade de Cuidados Continuados Integrados, mais propriamente na Equipa de Cuidados Continuados Integrados, de Pero Pinheiro e decorrerá entre 30 de Novembro de 2015 a 12 de Fevereiro de 2016, com a duração de 9 semanas. Esta parte do estágio, ao estar direccionada para a vertente comunitária dar-me-á uma outra visibilidade da importância da reabilitação em contexto domiciliário, quer ao nível respiratório e motor. Certamente me irá despertar para o verdadeiro impacto que a dependência nos autocuidados acarretará na pessoa, família e sociedade, pois muitas vezes este impacto é subestimado em regime de internamento hospitalar. Será um desafio crucial para a minha formação enquanto futuro enfermeiro especialista.

A seleção destas duas unidades foi planeada de forma organizada, pois o fato de selecionar primeiro a Unidade de Readaptação Funcional Respiratória e a depois Equipa de Cuidados Continuados Integrados, vai-me permitir acompanhar o percurso do doente desde a fase aguda em regime de internamento, com todas as valências da RFR e motora direcionadas para o controle das manifestações clínicas e posterior prevenção, até à sua reintegração social, domiciliária, com todo um leque de intervenções que visam para além do controle e prevenção de novas recidivas, tem como objetivo também a readaptação da pessoa doente a uma nova realidade, de forma a promover a maior autonomia possível nos autocuidados. Contudo isto será possível também reconhecer a importância de uma boa preparação para a alta.

3.4.4 – Descrição as tarefas e Resultados esperados

Através da sistematização das atividades, para posterior concretização, pretendo obter uma base técnico-científica mais sólida e humana na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação, atingindo de uma forma organizada e orientada os objetivos a que me propus, indo de encontro às competências definidas para a área do cuidado de enfermagem especializado em reabilitação.

As atividades a desenvolver estão diretamente relacionadas com a prestação de cuidados a doentes com alterações do seu nível de dependência com ênfase no doente com patologia respiratória nomeadamente com DPOC, desde a sua avaliação inicial e identificação de fatores de risco, até ao planeamento, implementação e avaliação dos cuidados especializados e respetivo registo.

De acordo com os objetivos enumerados anteriormente, vou definir para cada um deles as atividades previstas para a sua concretização, bem como os respetivos recursos a utilizar. Saliento que o facto de existirem objetivos interligados faz como existam atividades planeadas comuns, pelo que estas apenas vão ser mencionadas nos objetivos cuja sua utilização seja mais importante e marque a diferença, de forma a sistematizar a informação. Para uma eficaz execução das várias atividades descritas e consequente concretização dos objetivos programados é necessário recorrer à utilização de vários tipos de recursos. Para concretizar as atividades delineadas anteriormente, muitos dos recursos são comuns (Apêndice 3–Planeamento de Atividades).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O enquadramento conceptual centra-se numa doença com impacto clínico individual e social considerável e, conseqüentemente, com uma grande implicação económica para o doente, família e sociedade que devem ser valorizados. A DPOC e o seu conseqüente agravamento para além de causar problemas a nível psicológico, é responsável por inúmeras limitações físicas severas, impondo restrições ao desempenho dos autocuidados (Dweik &Stoller, 2009).

Atualmente tem-se apostado bastante na prevenção e controle da DPOC, de onde se destaca o contributo da enfermagem de reabilitação na promoção dos autocuidados, através de um trabalho de parceria entre o enfermeiro de reabilitação, doente e família. Pois falar em teoria do défice de auto cuidado de Orem é falar numa teoria de constante parceria, de forma a que seja possível ao doente conjuntamente com o enfermeiro, capacitar-se e desenvolver a sua capacidade de agir ou decidir, de forma a assegurar uma resposta a uma necessidade, salvaguardando os autocuidados (Orem, 1991).

Tendo como base as competências do enfermeiro especialista, entendo que a prática clínica especializada deve assentar em sólidos e válidos padrões de conhecimento (OE, 2010), à luz da atual conjuntura. Este fato é um forte aliado para alcançar resultados, que se traduzem em ganhos em saúde no doente dependente.

Com a realização deste projeto foi possível analisar e desvendar a importância da intervenção do EER na pessoa com défices de autocuidados aos vários níveis, com ênfase na pessoa com DPOC e sua família. A realização de um projeto centrado numa planificação prévia, tal como se preconiza com a metodologia de trabalho de projeto, faz com que este processo construtivo e dinâmico tenha sido marcado por alguns constrangimentos traduzidos em avanços e recuos. A este nível devo salientar que o meu grande constrangimento, se prendeu com a escolha do problema, uma vez que a reabilitação ao ser tão abrangente tem mais-valias em muitos domínios de veras interessantes e com os quais lido no meu dia a dia.

Pretendo atingir, com sucesso os objetivos, a que me proponho neste projeto deforma a ser-me possível adquirir e desenvolver um rol competências, preconizadas pela OE, através da constante pesquisa bibliográfica, dos estágios que irei realizar, bem como das reflexões conjuntas com os tutores.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALBERT, R. K., SPIRO, S. G., & JETT, J. R. (2008). *Clinical Respiratory Medicine* (3ª ed.). Philadelphia
- AZEVEDO, P. (2008). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação ao Adulto com Necessidade de Cinesiterapia Respiratória*. Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny, Funchal, Portugal.
- BENNER, P. (2001). *De iniciado a perito. Excelência e poder na pratica clínica de enfermagem*. (A. A. Queirós, Trad.). Coimbra: Quarteto. (Tradução do original do inglês *From novice to expert. Excellence and power in clinical nursing practice*, first edition, 2001, Pearson Education, Inc);
- CANTEIRO, C., HEITOR, C., GOMES, I., MELO, I., MOITA, J., FERREIRA, M., FERNANDES, M. & SANTOS, J. (1997). Normas Clínicas para Intervenção na Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica da Sociedade Portuguesa de Pneumologia. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 3(3), 331-362.
- CARVALHO, A. & DIOGO, F. (1999). *Projecto educativo* (3.ªed.).Porto: Edições Afrontamento.
- CASTRO, L. & RICARDO, M. (2002). *Gerir o Trabalho de Projecto, Guia para a flexibilização e Revisão Curriculares*. Lisboa: Texto editores.
- DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2014). *Portugal Doenças Respiratórias em números Programa Nacional para as doenças respiratórias*, Acedido em 25/05/2015, Disponível em: <http://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-doencas-respiratorias-em-numeros-2014-pdf.aspx>
- DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2010). *Programa Nacional de Prevenção e Controle da DPOC - Informação Complementar sobre a DPOC em Portugal*. Acedido em 25/05/2015, Disponível em: <http://www.dgs.pt/wwwbase/wwwinclude/ficheiro.aspx?tipo=0&mid=5005&id=20985&ambiente=WebSiteMenu>
- DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. (2009). *Orientações Técnicas sobre Reabilitação Respiratória na Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica*. Lisboa.
- DWEIK, R. & STOLLER, J. (2009). *Obstructive Pulmonary Disease: COPD, Asthma and Related Diseases*. In Wilkins, R. L., Stoller, J. K., and Kacmarek, R. M.

- (Eds.), *Egan's Fundamentals of Respiratory Care* (9th. ed., pp. 503-524). United States: Mosby
- EUROTIALS (2007). *Boletim Informativo Saúde em Mapas e Números*. Eurotrials Consultores Científicos 24, 1-4.
- FERNANDES, A. (2009). *Reabilitação respiratória em DPOC – a importância da abordagem fisioterapêutica*. Pulmão RJ - Atualizações Temáticas, 1.
- FERNANDES, M. (1999). *Metodologia de Projecto*, **Servir. 47(5); 233-236**.
- FISHMAN, A. P., ELIAS, J. A., FISHMAN, J. A., GRIPPI, M. A., SENIOR, R. A., & PACK, A. I. (2008). *Fishman's Pulmonary Diseases and Disorders* (Fourth Edition ed.). Philadelphia.
- GEORGE, J. ET. AL.(2000). *Teorias de Enfermagem Os Fundamentos à Prática Profissional*. (4.ªed.). Trad. Ana Maria Vasconcellos Thorell. Porto Alegre: Artmed Editora.
- GLOBAL INITIATIVE FOR CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE (2011). *Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of Chronic Obstructive Lung Disease – 112 Revised 2011*. Acedido em 10/05/2015, Disponível em: http://www.goldcopd.org/uploads/users/files/GOLD2011_Summary.pdf
- LARSON, J., JOHNSON, J. & ANGST, D. (2000). *Respiratory Function and Pulmonary Rehabilitation*. In Hoeman S. P. (Ed.). *Rehabilitation Nursing- Process and Application* (2nd ed., pp. 393-433). United States: Mosby.
- LINDBERG, A., JONSSON, A., RONMARK, E., LUNDGREN, R., LARSSON, L. & LUNDBACK, B. (2005). *Ten-Years Cumulative Incidence of COPD and Risk Factors for Incident Disease in a Symptomatic Cohort*. *Chest*, 127, 1544-1552.
- LYNES, D. (2007). *The Management of COPD in Primary and Secondary Care*. London.
- MAN, W. D., KEMP, P., MOXHAM, J., & POLKEY, M. I. (2009). *Exercise and muscle dysfunction in COPD: implications for pulmonary rehabilitation*. *Clin Sci (Lond)*, 117(8), 281-291. doi: CS20080660 [pii] 10.1042/CS20080660
- MENOITA, E. C.; & CORDEIRO, M.C.O.(2012). *Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória. Conceitos, princípios e técnicas*. Lusociencia.

- MINISTERIO DA SAÚDE (2005). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica*. Direção Geral da Saúde.04
- NÉRICI, I. (1987). *Metodologia do Ensino*, (2.^a ed.).São Paulo: Editora Atlas.
- OMS (2008). Global Alliance against Chronic Respiratory Diseases, Action Plan 2008 – 2013. Acedido em: 22/04/15, Disponível em: http://www.who.int/gard/publications/GARD_actionplan_FINAL.pdf
- OSTHOFF, M., & LEUPPI, J. D. (2010). *Management of chronic obstructive pulmonary disease patients after hospitalization for acute exacerbation*. Respiration, 79(3), 255-261. doi: 000235721 [pii] 10.1159/000235721.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (Maio 2010). *Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista Enfermagem de Reabilitação*. Acedido em: 22/04/15, Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/MCEER_Parecer_12_2014_Competencias_no_ambito_dos_cuidados_especializados_em_Enfermagem_de_Reabilitacao.pdf
- OREM, D. (1991). *Nursing: Concepts of practice* (4.^a ed.).St. Louis: MosBy.
- PETRONILHO, F. (2007). *Preparação do regresso a casa*. Coimbra: Formasau.
- PHIPPS, W., SANDS, J. & MAREK, J.,(2003). *Enfermagem Médico – Cirúrgica – Conceitos e Prática* (6^aed.) Loures: Lusociência.
- PRESTO, B. & DAMÁZIO, L. (2009). *Fisioterapia Respiratória* (4^a Ed ed.). Rio de Janeiro.
- REGULAMENTO N.º 125/2011 DE 18 DE FEVEREIRO (2011B). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*, aprovado em Assembleia Geral Extraordinária de 20 de Novembro de 2010. Diário da República, II série, N.º 35 (18/2/2011) 8658-8659; Regulamento nº 350/2015 de 22 de Junho (2015).
- REGULAMENTO DOS PADRÕES DE QUALIDADE DOS CUIDADOS ESPECIALIZADOS EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO, aprovado em Assembleia Geral de 22 de Outubro de 2011. Diário da República, II série, Nº 119 (22/06/2015) 16655-1666.
- SEELEY, R., STEPHENS, T. & TATE, P. (2003) *Anatomia & Fisiologia* (6^aed.) Loures: Lusociência.

- SILVA, A. ET. AL. (Abril de 2007). *Enfermagem avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina*. Servir. 55(1-2);11-20.
- TELES DE ARAÚJO, A. (2013). *Relatório do Observatório Nacional das Doenças Respiratórias 2011 – Prevenir a Doença, Acompanhar e reabilitar o doente*. Acedido em 25/05/2015, Disponível em: http://www.ondr.org/Relatorio_ONDR_2013.pdf
- TOMEY, A. & ALLIGOOD, M. (2004). *Teóricas de enfermagem e a sua obra – Modelos e teorias de enfermagem*. (5.ªed.). Trad. Ana Rita Albuquerque. Lisboa: Lusociência.
- TROOSTERS, T., CASABURI, R., GOSSELINK, R. & DECRAMER, M. (2005). Pulmonary Rehabilitation in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 172(1), 19-38.
- VIEIRA, A. ET. AL. (AGOSTO DE 2008). *Necessidades de aprendizagem dos pais na transição para a parentalidade: uma revisão da literatura*. Servir. 56(3-4); 146-154.

Apêndice II

(Classificação da DPOC)

CLASSIFICAÇÃO DA DPOC

Estádio	Fórmula de Cálculo	Caraterização do Estádio
Estádio I	$\frac{FEV_1}{FVC} < 70\%$ e $FEV_1 \geq 80\% \text{ do valor teórico}$	<p>DPOC ligeira caraterizada por obstrução ligeira e usualmente, mas não sempre, por presença de tosse crónica e expetoração. Neste estágio os indivíduos podem não ter consciência de que a sua função pulmonar é anormal. Geralmente, os doentes apresentam-se com pouca limitação das suas atividades habituais, aumentando tal limitação durante as exacerbações da doença.</p>
Estádio II	$\frac{FEV_1}{FVC} < 70\%$ e $50\% \leq FEV_1 < 80\% \text{ do valor teórico}$	<p>DPOC moderada caraterizada por obstrução moderada acompanhada de progressão dos sintomas como falta de ar desenvolvida, em especial, com o esforço. A redução da capacidade física e a dispneia passam a ser percebidas e são atribuídas ao envelhecimento ou ao hábito sedentário. É neste estágio que os indivíduos procuram, normalmente, o médico devido à dispneia ou por agravamento dos sintomas</p>
Estádio III	$\frac{FEV_1}{FVC} < 70\%$ e $30\% \leq FEV_1 < 50\% \text{ do valor teórico}$	<p>DPOC grave caraterizada por um agravamento do grau de obstrução, dispneia marcada, uma capacidade reduzida para o esforço, cansaço fácil e agudizações frequentes, com impacto direto na qualidade de vida</p>
Estádio IV	$\frac{FEV_1}{FVC} < 70\%$ e $FEV_1 < 30\% \text{ do valor teórico}$	<p>DPOC muito grave caraterizada por obstrução grave associada à presença de insuficiência respiratória crónica. Neste estágio, a qualidade de vida está muito diminuída e as exacerbações podem ser fatais. Os doentes deste estágio constituem uma minoria, mas, em função da gravidade, são os grandes consumidores de recursos financeiros por necessitarem de frequentes internamentos hospitalares.</p>

(GOLD, 2011)

Apêndice III

(Cronograma de Atividades)

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

[illegible]

DOMÍNIOS E COMPETÊNCIAS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES A DESENVOLVER	INDICADORES / CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO	LOCAL
<p>A2.1. Promove a proteção dos direitos humanos;</p> <p>B1. Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;</p> <p>B1.2. Incorpora diretivas e conhecimentos na melhoria da qualidade na prática;</p> <p>B2. Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade.</p> <p>D2. Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento:</p> <p>D2.2. Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade</p>	<p>1. Fundamentar os cuidados de enfermagem de reabilitação, nos princípios éticos, no conhecimento de enfermagem e na evidência científica</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Conhecimento da dinâmica organo – funcional do DRFR e da ECCI; ➤ Concretização de entrevistas informais ao orientador clínico e exercício sistemático de reflexão, com vista à identificação de limitações do conhecimento e oportunidades relevantes; ➤ Realização de pesquisa bibliográfica de evidência científica nas bases de dados e/ou pesquisa bibliográfica; ➤ Interpretação e organização dos dados provenientes da evidência que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem de reabilitação; ➤ Elaboração de reflexões escritas estruturadas que contemplem o planeamento, a intervenção e a avaliação dos cuidados especializados, de acordo com o processo de enfermagem; ➤ Prestação de cuidados especializados em enfermagem, segundo uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção, respeitando os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. 	<p>➤ Ter conhecido a dinâmica organofuncional das instituições envolvidas;</p> <p>➤ Ter realizado reflexões e identificado limitações de conhecimento e outras oportunidades</p> <p>➤ Ter pesquisado nas bases de dados e/ou pesquisa bibliográfica;</p> <p>➤ Ter Interpretado e organizado dos dados que permitam aumentar conhecimento na enfermagem de reabilitação;</p> <p>➤ Ter realizado reflexões escritas estruturadas que contemplem o planeamento, a intervenção e a avaliação dos cuidados especializado;</p> <p>➤ Ter prestado cuidados de enfermagem de reabilitação segundo uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção.</p> <p>➤ De que modo as atividades desenvolvidas fundamentam os cuidados de enfermagem de reabilitação segundo os princípios éticos, no conhecimento de enfermagem e na evidência científica</p>	<p>ESEL</p> <p>DRFR</p> <p>ECCI</p>

<p>J1. 1. Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e Incapacidades;</p> <p>J2. 1. Elabora e implementa programa de treino de AVD visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida;</p> <p>B1. Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;</p> <p>B1.2. Incorpora diretivas e conhecimentos na melhoria da qualidade na prática;</p> <p>B2. Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade.</p> <p>D2. Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento:</p>	<p>2. Detetar precocemente necessidades de cuidados de reabilitação especializados e possíveis complicações decorrentes da sua implementação</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Pesquisa bibliográfica sobre cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com níveis de dependência com ênfase do doente com DPOC e sua família; ➤ Observação e entrevista ao doente/família e consulta de documentação para recolha de dados para identificação das necessidades da pessoa com problemas respiratórios nomeadamente com DPOC; ➤ Diagnóstico e planeamento de intervenções de enfermagem reabilitação, de acordo com o Programa Nacional de Prevenção e Controlo da DPOC; ➤ Observação da prestação de cuidados de RFR e motora, pelos enfermeiros especialistas, à pessoa em situação de dependência, visando a preparação para a alta; ➤ Recolha de dados – por observação, entrevista com o cliente e equipa e consulta do processo clínico – para identificação de fatores de risco individuais e dos riscos associados a procedimentos de diagnóstico e tratamento; ➤ Análise dos dados recolhidos, recorrendo à evidência científica e ao conhecimento de enfermagem e de outras ciências; ➤ Identificação das necessidades de reabilitação na pessoa e do seu grau de dependência, através do Índice Barthel com ênfase no doente com DPOC e sua família. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ter pesquisado sobre cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com níveis de dependência com ênfase do doente com DPOC e sua família; ➤ Realizado observações e entrevistas ao doente/família e identificado necessidades da pessoa com problemas respiratórios nomeadamente com DPOC; ➤ Ter diagnosticado e planeado intervenções de enfermagem reabilitação, de acordo com o Programa Nacional de Prevenção e Controlo da DPOC; ➤ Ter observado a prestação de cuidados de RFR e motora, pelos enfermeiros especialistas ➤ Ter recolhido dados e identificado fatores de risco individuais e associados a procedimentos de diagnóstico e tratamento; ➤ Ter analisado os dados recolhidos, ➤ Identificado as necessidades de reabilitação na pessoa e do seu grau de dependência, através do Índice Barthel com ênfase no doente com DPOC e sua família. <p>➤ De que modo as atividades implementadas permitiram detetar precocemente necessidades de cuidados de reabilitação especializados e possíveis complicações?</p>	<p>ESEL</p> <p>DRFR</p> <p>ECCI</p>
--	---	---	---	-------------------------------------

<p>B2.2. Planeia programas de melhoria contínua;</p> <p>B2.1. Avalia a qualidade dos cuidados de enfermagem nas vertentes de Estrutura, Processo e Resultado</p> <p>J1.2 Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao auto controlo e auto cuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade;</p> <p>J1.3. Implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório da alimentação, da eliminação e da sexualidade;</p> <p>J1.4 Avalia os resultados das intervenções implementadas;</p>	<p>3. Implementar cuidados de enfermagem de reabilitação especializados, ao nível da reeducação funcional respiratória e sensório – motora, apropriados às necessidades de autocuidados apresentadas pelos doentes com diferentes níveis de dependência</p>	<p>➤ Demonstração de conhecimentos científicos e teóricos sobre as principais alterações sensório-motoras da pessoa com diferentes níveis de dependência;</p> <p>➤ Sistematização de conhecimentos inerentes aos cuidados de RFR e motora à pessoa com incapacidade de realizar os autocuidados;</p> <p>➤ Ensino, demonstração e treino de técnicas no âmbito dos programas de reeducação sensório-motora com vista à recuperação e readaptação da pessoa;</p> <p>➤ Planeamento de cuidados de enfermagem especializados em reabilitação no tratamento da pessoa com dependência ao nível sensório – motor;</p> <p>➤ Implementação de medidas de RFR e motora visando a promoção de autonomia e auto estima, bem como a preparação para a alta;</p> <p>➤ Monitorização de parâmetros fisiológicos para despiste de complicações;</p> <p>➤ Reformulação de programas de treino sensório-motor em função dos resultados;</p> <p>➤ Registo das avaliações e dos resultados cuidados prestados, bem como das intercorrências e complicações diagnosticadas no período de diagnóstico e tratamento de doentes com necessidade de ajuda para a realização dos Autocuidados através de escalas validadas (MIF).</p>	<p>➤ Ter demonstrado e transmitido conhecimentos científicos e teóricos sobre as principais alterações sensório-motoras da pessoa com diferentes níveis de dependência;</p> <p>➤ Ter sistematizado conhecimentos inerentes aos cuidados de RFR e motora à pessoa com incapacidade de realizar os autocuidados através da prática de cuidados;</p> <p>➤ Ter realizado ensinamentos e demonstrações de técnicas visando a reeducação sensório-motora;</p> <p>➤ Ter planeado e implementado cuidados de enfermagem especializados em reabilitação no tratamento da pessoa com dependência, que permitiram promover a autonomia e auto estima, bem como a preparação para a alta;</p> <p>➤ Ter avaliado os parâmetros fisiológicos e despistado complicações;</p> <p>➤ Ter efetuado avaliação dos resultados obtidos com a RFR e motora, bem como o respetivo registo.</p> <p>➤ Ter reformulado programas de treino sensório-motor de acordo com os resultados obtidos;</p>	<p>ESEL</p> <p>DRFR</p> <p>ECCI</p>
			<p>➤ De que modo a implementação destas atividades permitiu implementar cuidados de enfermagem de reabilitação especializados, ao nível da reeducação sensório – motora apropriadas às necessidades de autocuidados apresentadas pelos doentes com diferentes níveis de dependência?</p> <p>➤ De que modo as intervenções planeadas</p>	

			promoveram o meu crescimento como futuro EEER?	
<p>B2.2. Planeia programas de melhoria contínua;</p> <p>J1.2 Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao auto controlo e auto cuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade;</p> <p>J1.3. Implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório da alimentação, da eliminação e da sexualidade;</p> <p>J1.4 Avalia os resultados das intervenções implementadas;</p> <p>J2.1. Elabora e implementa programa de treino AVD visando a adaptação às</p>	<p>4. Prestar cuidados especializados de reabilitação, com ênfase na pessoa com DPOC e respetiva família, focando a preparação para a alta, tendo em vista a readaptação socio familiar</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Consulta de Instruções de Trabalho e protocolos existentes, nos diferentes contextos, sobre o tema a abordar; ➤ Avaliar o nível de dependência da pessoa com DPOC (Índice de Barthel), bem como o seu comprometimento respiratório, através da história clínica (anamnese, exame objetivo e exames complementares), em paralelo com restante equipa multidisciplinar; ➤ Planeamento de cuidados de enfermagem de reabilitação individualizados e adequados ao doente e família ou cuidador dependente com ênfase na DPOC e preparação para a alta, a todos os níveis do autocuidado ➤ Implementação de protocolos terapêuticos e de cuidados de enfermagem especializados de acordo com as necessidades identificadas na pessoa em situação de dependência, com ênfase no doente com DPOC e na sua preparação para a alta; ➤ Promoção da autonomia através de medidas de RFR e também sensorio - motora ao doente com DPOC; ➤ Otimização terapêutica; ➤ Promoção da educação para a saúde aos vários níveis (terapêutica, alimentação, instrumentos de apoio, adaptação habitacional, apoios sociais, outros); ➤ Promoção da presença da família, junto pessoa com limitação dos autocuidados; ➤ Envolvimento da família na prestação de cuidados ao doente com patologia respiratória nomeadamente DPOC; ➤ Entrevista de orientação da família para a preparação para a alta, nomeadamente do doente com DPOC. 	<p>➤ Ter consultado de Instruções de Trabalho e protocolos existentes, nos diferentes contextos;</p> <p>➤ Ter avaliado o nível de dependência da pessoa com DPOC, bem como o seu comprometimento respiratório,</p> <p>➤ Ter planeado e implementado de cuidados de enfermagem especializados em reabilitação no tratamento da pessoa com dependência, que permitiram promover a autonomia e auto estima, bem como a preparação para a alta;</p> <p>➤ Ter contribuído para o aumento da autonomia através de medidas de RFR e também motora ao doente com DPOC;</p> <p>➤ Ter otimizado terapêutica nos doentes;</p> <p>➤ Ter feito educação para a saúde aos vários níveis (terapêutica, alimentação, instrumentos de apoio, adaptação habitacional, apoios sociais, outros);</p> <p>➤ Ter proporcionado a presença da família, junto pessoa com limitação dos autocuidados e envolvi-a na prestação de cuidados;</p> <p>➤ Ter realizado entrevistas de orientação para a família visando a preparação para a alta, nomeadamente do doente com DPOC</p>	<p>ESEL</p> <p>DRFR</p> <p>ECCI</p>

<p>limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida;</p> <p>J2.2. Promove a mobilidade e a acessibilidade e a participação social;</p> <p>J3.1 Concebe e implementa programas de treino motor e cardio- respiratório;</p> <p>J3.2 Avalia e reformula programas de treino motor e cardio – respiratório</p>			<p>➤ De que modo a realização das intervenções anteriores permitiu prestar cuidados especializados de reabilitação, com ênfase na pessoa com DPOC e respetiva família, focando a preparação para a alta, tendo em vista a readaptação socio familiar?</p>	
<p>A2.2. Gere na equipa, de forma apropriada as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do cliente;</p> <p>B3.1. Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos / grupo;</p>	<p>5. Fornecer suporte emocional diferenciado visando a criação de um ambiente que apoie o desenvolvimento pessoal</p>	<p>➤ Respeito pelos valores, costumes, crenças espirituais e as práticas específicas dos indivíduos e grupos, na equipa de enfermagem onde está inserido;</p> <p>➤ Estabelecimento de uma relação empática através da escuta ativa, inerente a momentos de reunião com doente e família ou cuidador;</p> <p>➤ Envolvimento do doente na prestação de cuidados;</p> <p>➤ Acompanhamento e suporte do doente e respetiva família ou cuidador com DPOC ao longo do internamento, ambulatório e domicílio.</p>	<p>➤ Ter respeitado os valores, costumes, crenças espirituais e as práticas específicas dos indivíduos e grupos, na equipa de enfermagem onde estive inserido;</p> <p>➤ Ter estabelecido de uma relação empática com doente e família ou cuidador;</p> <p>➤ Ter envolvido o doente na prestação de cuidados;</p> <p>➤ Ter acompanhado e dado suporte ao doente, e respetiva família ou cuidador, com DPOC ao longo do internamento, ambulatório e domicílio.</p>	<p>ESEL</p> <p>DRFR</p>

<p>B3.1. Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos / grupo</p> <p>D2.1. Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade</p>			<p>➤ De que modo a implementação das atividades anteriores permitiu fornecer suporte emocional diferenciado visando a criação de um ambiente que apoie o desenvolvimento pessoal?</p>	ECCI
<p>A2.2. Gere na equipa, de forma apropriada as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do cliente;</p> <p>B3.2. Gere o risco ao nível institucional ou das unidades funcionais;</p> <p>C1.2. Orienta e supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade</p> <p>C2.1. Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados;</p>	<p>6. Estabelecer uma comunicação eficaz com a equipa multidisciplinar envolvida no processo de reabilitação com ênfase na pessoa com DPOC e na sua preparação para a alta</p>	<p>➤ Adoção de estratégias facilitadoras de comunicação, como a escuta ativa e esclarecimento de dúvidas;</p> <p>➤ Adoção de formas de comunicação para com o doente com limitação dos seus autocuidados com ênfase na pessoa com DPOC e sua família e na sua preparação para a alta pessoa em situação crítica com necessidades especiais de comunicação;</p> <p>➤ Trabalho de equipa na prestação de cuidados especializados de reabilitação ao doente nomeadamente com DPOC e sua família ou cuidador.</p>	<p>➤ Ter utilizado estratégias facilitadoras de comunicação, como a escuta ativa e esclarecimento de dúvidas;</p> <p>➤ Ter adotado formas de comunicação para com o doente com limitação dos seus autocuidados com ênfase na pessoa com DPOC / família e na sua preparação para a alta pessoa em situação crítica com necessidades especiais de comunicação;</p> <p>➤ Ter prestado cuidados especializados de reabilitação ao doente nomeadamente com DPOC e sua família ou cuidador, através do trabalho de equipa.</p> <p>➤ De que modo a implementação das atividades anteriores permitiu estabelecer uma comunicação eficaz com a equipa multidisciplinar envolvida no processo de reabilitação com ênfase na pessoa com DPOC e na sua</p>	<p>ESEL</p> <p>DRFR</p> <p>ECCI</p>

Recursos Humanos e Materiais

Professor orientador, enfermeiros especialistas em reabilitação dos diferentes campos de estágio, equipa multidisciplinar dos locais de estágio, colegas do curso de especialização em enfermagem de reabilitação, doentes, bases de dados eletrónicas, bibliografia, entrevistas, grelhas de observação locais de Estágio, centros de documentação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, e outros.

Apêndice IV

(Projeto Reabilita, Mais
saúde mais Vida)

	Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE		
	Centro de Saúde de Fornos de Algodres		
	<i>Reabilita – Mais Saúde, mais Vida</i>		
	Data de Emissão: 04 / 01 / 2016	Data de Revisão: __ / __ / __	

1 – IDENTIFICAÇÃO DO PROJECTO

1.1 – Título

“Reabilita – Mais Saúde, mais Vida”

1.2 – Data de Inicio

4 de Janeiro de 2016

1.3 – Duração

O projeto-piloto terá a duração de 1 ano. Após esse ano passará a ter uma duração a medio / longo prazo de 3 anos, com possível continuação.

1.4 – Instituições Envolvidas

O projeto estará a cargo da Unidade de Cuidados de Saúde Primários (U.C.S.P.) de Fornos de Algodres

1.5 – Coordenador do Projeto

Enfermeiro Chefe Armando Mocho

	Reabilita – Mais Saúde, mais Vida		
	Data de Emissão: 04 / 01 / 2016	Data de Revisão: __ / __ / __	

2. SUMÁRIO

Tendo em conta as alterações sociodemográficas verificadas em Portugal nas últimas décadas, torna-se necessário que todas as unidades de saúde tenham uma postura cada vez mais ativa e interventiva no seio da população, essencialmente os cuidados de saúde primários, de forma a detetar necessidades de cuidados e assim atuar precocemente para prevenir a doença e promover a saúde, com qualidade de vida.

Os cuidados de saúde primários são o pilar fundamental do Serviço Nacional de Saúde, pois são o primeiro nível de contacto dos indivíduos, famílias e comunidades com o sistema de saúde. A promoção e proteção da saúde, a prevenção e a prestação de cuidados na doença, bem como a eficaz ligação e articulação com os outros níveis do sistema, de forma a garantir a continuidade dos cuidados, fazem com que os cuidados de saúde primários se revistam como elemento chave na obtenção de ganhos em saúde para todos.

Desta forma é crucial que se identifiquem os problemas, fatores determinantes, bem como necessidades de saúde, para que as abordagens a delinear sejam as adequadas. Para que isto aconteça é necessário por um lado planear e não apenas dar resposta à procura dos cuidados de saúde, bem como trabalhar com outros sectores, estabelecer parcerias, de forma a promover a literacia e a capacitação do doente e família.

Assim a U.C.S.P. de Fornos de Algodres, para tentar dar resposta às necessidades da população alvo propôs a criação do projeto na área de reabilitação, “Reabilita – Mais Vida, mais Saúde”. Este projeto procura aproximar mais a instituição de saúde da comunidade, pois só assim é possível atribuir-lhe uma pronta e objetiva resposta em termos de cuidados, sobretudo de enfermagem.

A enfermagem comunitária desenvolve uma prática centrada na comunidade, onde o enfermeiro tem um papel preponderante na capacitação e empoderamento das populações. Diz-nos o Código Deontológico, para os Enfermeiros (1998), sobre o dever, para com a comunidade, que o enfermeiro é responsável para com a comunidade na promoção da saúde e nas respostas adequadas às necessidades em cuidados de enfermagem (artigo 80.º do Decreto-Lei n.º 104/98).

Para além das intervenções de âmbito geral, relacionadas com programas de saúde emanados pela Direção Geral da Saúde (DGS) na vertente comunitária, existem intervenções

	Reabilita – Mais Saúde, mais Vida		
	Data de Emissão: 04 / 01 / 2016	Data de Revisão: __ / __ / __	

transversais a esses programas e que estão relacionadas com a reabilitação respiratória e motora dos doentes em situação de dependência física e assim com défice de autocuidados. Estas, permitem promover a recuperação da capacidade respiratória e sensória motora do doente, reduzindo tempos e incidência de internamentos, gastos medicamentosos e sobretudo melhorar a qualidade de vida do doente e família, bem como o seu bem-estar social e da sociedade, em geral (DGS, 2009).

Perante o que fora abordado anteriormente ressalta à vista a importância do enfermeiro especialista em reabilitação na promoção dos autocuidados e na maximização do potencial funcional e da independência de doentes e família, com qualquer nível de incapacidade ou de dependência, independentemente da sua origem. Este possui um conjunto de competências, que lhe permitem promover na sua intervenção o diagnóstico precoce e a implementação de ações de carácter preventivo e curativo, com o objetivo de manter ou recuperar a independência nas atividades de vida diária (AVD) e de promover a reintegração do doente na família e na comunidade. Para isso é extremamente importante a preparação para a alta (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2010).

	Reabilita – Mais Saúde, mais Vida		
	Data de Emissão: 04 / 01 / 2016	Data de Revisão: __ / __ / __	

3. IDENTIFICAR E DESCREVER O PROBLEMA

Com o envelhecimento demográfico e consequente alteração do padrão epidemiológico da sociedade portuguesa, tal como se verificou nos últimos censos populacionais (Instituto Nacional de Estatística (2011), estamos perante uma população cada vez mais idosa, com elevada prevalência de doenças crónicas degenerativas, à qual se adiciona a pluripatologia. Todos estes fatores condicionam a saúde, a autonomia e independência, bem como a qualidade de vida da população (DGS, 2009). Mas, segundo Sales & Iraci (2007), nem sempre a existência de doença crónica é sinonimo de incapacidade para gerir o dia-a-dia de forma autónoma.

A enfermagem, disciplina que se centra na pessoa, visa perceber as respostas humanas decorrentes da situação de saúde/doença que experienciam. Fatores, como a prevalência da doença crónica com o envelhecimento da população; mudança do foco dos cuidados de saúde centrado na cura para a promoção da saúde; a preocupação em reduzir custos com a saúde que levou a períodos mais curtos de hospitalização e ao surgimento dos cuidados em ambulatório; ao aparecimento de um consumidor mais informado sobre as questões de saúde, a crer tomar decisões sobre os seus cuidados e a melhorar a sua saúde e bem-estar, são de acordo com Dodd & Miaskowski, (2000), formas demonstrativas da influência / importância do autocuidado, dentro do sistema de saúde. Assim, se verifica que os enfermeiros assumem um papel fundamental na resposta às várias necessidades e exigências sociais de autocuidado.

O autocuidado é o princípio fundamental subjacente às intervenções autónomas desenvolvidas por enfermeiros ou em colaboração com outros profissionais de saúde; é a principal preocupação e objetivo, é um componente na reabilitação de doenças crónicas ou em programas de autogestão (Sidani, 2011).

De acordo com a situação de saúde as pessoas são confrontadas com limitações a nível da mobilidade, o que as torna mais suscetíveis a complicações como a insuficiência cardíaca, deterioração articular, condições trombo-embólicas, incapacidade para prevenir a perda funcional e a manutenção das AVDs. Mediante estes fatores a enfermagem de reabilitação tem um papel preponderante, uma vez que, enfermeiro de reabilitação desenvolve um conjunto de intervenções para minimizar estes efeitos. Gu & Vicki (2008) realizaram uma meta-análise para estudar o impacto de um programa de exercício no estado funcional dos idosos, demonstraram ser estatisticamente

	Reabilita – Mais Saúde, mais Vida		
	Data de Emissão: 04 / 01 / 2016	Data de Revisão: __ / __ / __	

significativos os resultados alcançados por essas pessoas no que respeita à melhoria do desempenho físico. Capacitar as pessoas para a gestão da sua saúde e dos sintomas, na presença de doença crónica é um dos desígnios dos profissionais de enfermagem. Os enfermeiros de reabilitação trabalham com os doentes para atingir o nível máximo de independência funcional e na realização das atividades de vida diária, promovendo o autocuidado e reforçando comportamentos de adaptação positiva (Hoeman, 2000).

A presença regular do enfermeiro de reabilitação junto das pessoas com necessidades de reabilitação e o seu papel de consultadoria com a equipa de saúde é hoje entendida como uma mais-valia. No entanto os constrangimentos financeiros a que o setor da saúde está sujeito, faz com que estes profissionais nem sempre sejam devidamente rentabilizados, para isso muito contribui a falta de definição de uma política de recursos humanos e a existência de normas de orientação sobre a atividade dos enfermeiros de reabilitação, que garantam o acesso atempado aos cuidados de reabilitação, às pessoas que deles necessitam.

Atualmente, nos vários contextos e realidades, onde o enfermeiro especialista em reabilitação intervém é notório o interesse deste, na promoção da qualidade de vida das pessoas. Este ao constituir uma equipa multidisciplinar, desenvolve, com os seus pares e com as pessoas alvo dos seus cuidados, um conjunto de estratégias que visam potenciar os autocuidado, bem como a promoção da qualidade de vida, para que a pessoa se realize a níveis cada vez mais elevados. Assim a presença do enfermeiro de reabilitação junto das pessoas com necessidades, bem como a sua capacidade de consultadoria no seio da equipa, é vista como uma enorme mais-valia (DGS, 2009).

Mediante toda a realizada descrita anteriormente e com base no terceiro enunciado descritivo do regulamento dos padrões de qualidade (Prevenção de complicações) foi elaborado este projeto de melhoria da qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação, centrado na temática intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na pessoa com nível de dependência física, em contexto comunitário.

Para a realização do projeto, designado de “Reabilita – Mais Saúde, mais Vida”, o planeamento assume-se como uma fase de extrema importância, sendo por isso necessário apresentar algumas considerações teóricas acerca deste. De acordo com Nérici (1987), planejar é fundamentalmente escolher... é determinar conscientemente o curso das ações, orientando-as para

	Reabilita – Mais Saúde, mais Vida		
	Data de Emissão: 04 / 01 / 2016	Data de Revisão: __ / __ / __	

a realização de objetivos... planejar é decidir. Já Fernandes (1999, p.234) define projeto como “o processo de planeamento e realização de um conjunto articulado de ações com vista a atingir determinados objetivos.” Este processo envolve uma metodologia centrada na resolução de problemas.

Assim e tendo em conta o que foi exposto anteriormente, define-se como finalidade deste projeto, *a promoção da qualidade de vida e prevenção de complicações, na pessoa com dependência em contexto comunitário*, que visa dar resposta aos seguintes problemas.

Problema Geral	Problemas Parcelares
Elevado número de pessoas com dependência e com consequente necessidade de cuidados de enfermagem de reabilitação	<ul style="list-style-type: none"> • Elevada taxa de comorbilidades na pessoa com dependência; • Grande número de complicações associadas à dependência; • Impacto elevado da Dependência na pessoa, família e sociedade; • Reabilitação como agente promotor da autonomia e dos autocuidados; • Acompanhamento no pós alta inadequado.

Tendo como base os problemas levantados, bem como a respetiva finalidade, este projeto centra o seu foco da intervenção na pessoa **dependente** em contexto comunitário. Este foco, consta do Resumo mínimo de Dados e Core Indicadores de Enfermagem e está diretamente relacionado com a intervenção do Enfermeiro especialista em reabilitação na pessoa em situação de dependência.

	Reabilita – Mais Saúde, mais Vida		
	Data de Emissão: 04 / 01 / 2016	Data de Revisão: __ / __ / __	

4. PERCEBER O PROBLEMA E RESPETIVAS CAUSAS

Para perceber a dimensão do problema da pessoa em situação de dependência, em contexto comunitário é necessário discriminar o conceito de dependência e de reabilitação, através de pesquisas bibliográficas.

Ao centrar este projeto na pessoa com dependência é crucial desvendar um pouco mais o conceito. Assim, do ponto de vista conceptual, dependência encontra a sua origem no latim “*dependentia*”, que resulta do verbo *dependere*, designado como “*estar na dependência de; estar sujeito a; ser dominado por; ser consequência de; ter relação imediata com; resultar de; provir de ou fazer parte de*” (Dicionário da Língua Portuguesa, 2013 – 2014). Por sua vez, a Constituição Portuguesa define dependência como sendo a situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as AVDs (Diário da República, 2006). Este conceito é uma preocupação transversal a todos os países europeus, pela prevalência crescente apresentada nas últimas décadas nas suas populações (Ribeiro & Pinto, 2013).

Com base na Comissão dos Ministros aos Estados Membros da União Europeia (1998) expressa na Carta Social (2009) do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social dependência pode ser definida como “*um estado em que se encontram as pessoas que, por razões ligadas à falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, têm necessidade de assistência e/ou de ajudas importantes a fim de realizar os atos correntes da vida ou Atividades de Vida Diária*” (p. 8).

De acordo Jezaun & Salanoya (2001) o conceito de dependência envolve três noções cruciais, sendo elas a multidimensionalidade, relacionada com os vários domínios (mental, físico, social e económico) que a compõem; a multicausalidade, inerente ao fato de dependência não ser sinónimo de velhice, pois nem todos os idosos são dependentes e vice-versa; e a multifuncionalidade, uma vez que a nível funcional, a dependência não deve ser encarada apenas no seio de uma única função, nem com o carácter de irreversível, como muitas vezes é identificada.

	Reabilita – Mais Saúde, mais Vida		
	Data de Emissão: 04 / 01 / 2016	Data de Revisão: __ / __ / __	

Bond (1993, p. 51) afirma que ao longo do processo vital o ser humano encontra-se constantemente a estabelecer relações de dependência. Pois segundo este *“somos totalmente dependentes de estranhos que intervêm na concepção dos produtos básicos (...) que nos prestam todo o tipo de serviços, ou dos não estranhos e familiares com quem trabalhamos, vivemos ou criamos relações de proximidade afetiva”*. Assim sendo, surge a ideia de interdependência ao longo de todo o ciclo vital do doente, não limitando a descrição a situações de dependência/independência.

O enfermeiro especialista de reabilitação toma assim como alvo de cuidados a pessoa com diferentes níveis de (in)capacidade/(in)dependência (Hesbeen, 2001). Como tal, os cuidados prestados têm como objetivo reduzir a incapacidade provocada pela doença, quando possível prevenir as suas complicações, bem como, melhorar a funcionalidade e atividade do doente. Estes deverão ter sempre em consideração o contexto pessoal, cultural e ambiental do doente (SPMFR, 2009).

A manutenção e o desenvolvimento da capacidade do doente em alcançar a independência funcional têm sido identificados como focos do enfermeiro. Aliás, em grande parte, os cuidados de enfermagem dedicam-se à promoção e restauração da funcionalidade (Doran, 2011). Na sua intervenção, o enfermeiro de reabilitação utiliza ferramentas específicas de avaliação e diagnóstico e implementa diversos tipos de tratamentos, incluindo intervenções farmacológicas, físicas, técnicas, educacionais e vocacionais (SPMFR, 2009). Trata-se de uma abordagem holística dos doentes com situações clínicas agudas e crónicas de dependência/incapacidade.

A aceitação generalizada dos cuidados prestados pelos especialistas em Enfermagem de Reabilitação foi a pedra de toque para a realização deste projeto de reabilitação. Estes profissionais concebem e implementam intervenções procurando otimizar e/ou reeducar as funções ao nível motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade; implementam e programam o treino de AVDs visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia no exercício dos autocuidados e da qualidade de vida; implementam programas de treino motor e cardiorrespiratório (Portugal, 2013).

Em Portugal, nos últimos anos tem-se assistido a um desenvolvimento da enfermagem de reabilitação quer em contexto hospitalar, quer comunitário, o que tem permitido dar alguma

	Reabilita – Mais Saúde, mais Vida		
	Data de Emissão: 04 / 01 / 2016	Data de Revisão: __ / __ / __	

resposta às necessidades populacionais. Assim a parceria de cuidados entre cuidadores e as equipas de saúde possibilita um maior apoio no período de internamento e por sua vez em contexto domiciliário proporciona boa gestão de recursos e garante o sucesso no regresso a casa.

O regresso a casa deste tipo de doentes, constitui um momento determinante na sua vida, no qual o enfermeiro de reabilitação é responsável pela promoção da autonomia face ao autocuidado e promoção das competências dos agentes informais de autocuidado terapêutico e do seu bem-estar, bem como, para as necessidades de cuidados na sociedade atual (Orem, 2011).

Mediante tudo isto, apesar de todos os avanços ocorridos nos últimos anos, ainda existe um longo caminho a percorrer, principalmente a nível da reabilitação em contexto comunitário. Pois se por um lado a preparação da alta, ainda não é assumido como uma prática profissionalizada, uma vez que a participação da família no regresso do doente a casa, ainda não é um acontecimento banal na prática de todos os enfermeiros sendo portanto um processo pouco sistematizado, por outro a inexistência de recursos na comunidade, ou a sua incorreta utilização, são fatores cruciais para a existência de uma readaptação da pessoa dependente e família na sociedade.

Segundo Gil, (2010), existem estudos que comprovam que a existência de necessidades não satisfeitas, uma má utilização dos recursos da comunidade, o inadequado acompanhamento no pós alta, são resultado de um planeamento de alta deficitário, traduzindo-se na falta de preparação para os auto cuidados e no recurso, com regularidade, aos serviços de saúde. Na origem de tudo isto pode estar a comunicação deficitária, bem como a falta de organização do processo.

Se por um lado, a preparação para a alta exige a correlação dos profissionais de saúde com a pessoa dependente e sua família /prestador de cuidados, iniciando-se na admissão e vai até à integração em contexto familiar, por outro não nos podemos esquecer de todos aqueles doentes que por diversos fatores vão ficando com um nível de dependência cada vez maior no seio da sua própria família e que muitas vezes não têm urgência de ser internados em contexto hospitalar, mas que necessitam do apoio do enfermeiro de reabilitação. Todo este apoio vai ajudar o doente com dependência e sua família no processo de promoção de autocuidado. Torna-se, portanto, absolutamente necessário adaptar os hábitos de vida do doente, de forma a ter hábitos de vida mais ativos e saudáveis, no seu dia-a-dia.

	Reabilita – Mais Saúde, mais Vida		
	Data de Emissão: 04 / 01 / 2016	Data de Revisão: __ / __ / __	

Com tudo isto podemos verificar que o enfermeiro especialista em reabilitação possui um conjunto de competências que lhe permite planear, implementar e avaliar um conjunto de ações especializadas, de forma a dar resposta aos vários problemas das pessoas, independentemente da faixa etária, visando a promoção da saúde, a prevenção de complicações e maximizando o potencial da pessoa (OE, 2010).

Mediante todo isto surge no seio da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Fornos de Algodres, (U.C.S.P. - Fornos de Algodres), que integra o conjunto de Unidades pertencentes á Unidade Local de Saúde da Guarda (ULS – Guarda-EPE), no presente ano o projeto-piloto “*Reabilita – Mais Saúde, mais Vida*” de forma a dar resposta na área da reabilitação comunitária às necessidades que os doentes servidos por esta unidade de saúde necessitam.

A U.C.S.P. - Fornos de Algodres, situa-se na sede de concelho Fornos de Algodres. Município localizado no distrito da Guarda numa encosta virada ao vasto horizonte por onde passa o idílico vale do Mondego e que avança até às alturas da Serra da Estrela. Para Norte eleva-se o planalto de Algodres, recortando a Leste pela ribeira da Muxagata e a Oeste pela ribeira de Carapito, com uma área total de 131,45 km² e 4989 habitantes em 2011. Esta unidade de saúde possui uma carteira de 6.049 doentes inscritos ativos, de acordo com os dados disponíveis em tempo real, fornecidos pela Rede nacional de Doentes da responsabilidade do Ministério da Saúde. Este número ultrapassa o número de residentes no Concelho, dado que possui também doentes inscritos residentes em concelhos limítrofes, nomeadamente em Celorico de Beira, Gouveia, Mangualde e Penalva do Castelo.

A U.C.S.P. - Fornos de Algodres presta serviço nas valências de Clínica Geral, Saúde Infantil, Saúde Materna, Planeamento Familiar, Saúde Escolar, Diabetes e Serviço de Consulta Aberta em período diurno. A U.C.S.P. de Fornos de Algodres presta serviços de saúde não só no centro, construído para o efeito, mas também no domicílio do doente, quando este não tem a possibilidade de se fazer deslocar. Para a deslocação da equipa de cuidados de enfermagem ao domicílio, a Unidade local disponibiliza uma Unidade Móvel destinada a apoiar 5 vezes por semana, durante o período da tarde (14.00h às 17.30h).

Tendo em conta as necessidades/ dificuldades verificadas no seio da U.C.S.P. - Fornos de Algodres, para dar resposta a população do município com elevado nível de dependência, quer por

	Reabilita – Mais Saúde, mais Vida		
	Data de Emissão: 04 / 01 / 2016	Data de Revisão: __ / __ / __	

falta de recursos existentes na comunidade, quer pela localização geografia dos poucos existentes; e para além disso, para dar seguimento aos programas de reabilitação desenvolvidos nas 2 unidades hospitalares que constituem a ULS Guarda – Hospital Sousa Martins e Hospital Nossa Senhora da Assunção, bem como de complementar o trabalho desenvolvido pela fisioterapeuta que constitui a equipa de recursos humanos da U.C.S.P. - Fornos de Algodres, surge o projeto mencionado anteriormente. Projeto este idealizado para fazer face as necessidades da população e sobretudo de dar resposta aos problemas referidos anteriormente.

	Reabilita – Mais Saúde, mais Vida		
	Data de Emissão: 04 / 01 / 2016	Data de Revisão: __ / __ / __	

5. PLANO DE TRABALHO E MÉTODOS

Benner (2001), defende que a enfermagem possui uma prática socialmente organizada e uma forma implícita de saberes e de ética. As suas práticas crescem através da aprendizagem experimental e através da sua transmissibilidade nos próprios contextos de trabalho. As práticas não podem ser objetivadas, uma vez que estas têm sempre de ser contextualizadas e reformuladas no âmbito das interações particulares que ocorrem em momentos reais. Quando se pensa, num percurso de aquisição e de desenvolvimento de competências é fundamental contextualizar as competências que se pretendem desenvolver mas também qual o estágio inicial em que nos encontramos para percorrer este caminho. Assim sendo a teoria oferece o que pode ser explicitado e formalizado, mas a prática é sempre mais complexa e apresenta muito mais realidades do que as que se podem aprender pela teoria.

5.1. Descrição do Projeto

O projeto-piloto “Reabilita – Mais Saúde, mais Vida”, consiste numa área de intervenção subordinada pela Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), existente na U.C.S.P. - Fornos de Algodres. A ECCI está organizada de acordo com o seguinte organograma.

	Reabilita – Mais Saúde, mais Vida		
	Data de Emissão: 04 / 01 / 2016	Data de Revisão: __ / __ / __	



Perante o organograma anterior é possível verificar que qualquer doente, abrangido pelo projeto de reabilitação passa por uma avaliação seletiva dos vários grupos profissionais que constituem a ECCI, assumindo o médico a figura de coordenador desta equipa. Esta equipa trabalha diretamente com a rede nacional de cuidados continuados integrados de forma a fazer o encaminhamento e respetiva triagem de doentes. Mas se por um lado este projeto-piloto esta interligado à ECCI, também é verdade que este tem autonomia própria, ou seja podem ser encaminhados doentes por qualquer dos grupos profissionais que constituem a U.C.S.P. - Fornos de Algodres, sem estarem diretamente referenciados pela ECCI., desde que este satisfação os critérios de admissão, descritos mais adiante.

Por sua vez o projeto “Reabilita - Mais Saúde, mais Vida” está a cargo de 2 enfermeiros especialistas em reabilitação, sendo um deles o coordenador do projeto e ao mesmo tempo, exerce as funções de enfermeiro gestor da U.C.S.P. - Fornos de Algodres e será implementado após aprovação e divulgação prévia durante o ano de 2016.

O projeto baseia-se na identificação das necessidades de cuidados da população abrangida pela U.C.S.P. - Fornos de Algodres em contexto domiciliário e no planeamento / implementação de programas de reabilitação personalizados a cada doente, visando a satisfação das suas próprias necessidades.

	Reabilita – Mais Saúde, mais Vida		
	Data de Emissão: 04 / 01 / 2016	Data de Revisão: __ / __ / __	

5.2. Formulação de Objetivos

Este projeto tal como qualquer outro tem objetivos que visa atingir. Para Nérici (1987), um objetivo define-se como sendo uma intenção, que deve ser expressa de uma forma inequívoca, de uma maneira que eu próprio e os outros saibamos bem o que pretendemos. Assim, um objetivo é o ponto de partida para qualquer trabalho. De acordo com isto foram definidos como objetivos a atingir:

Objetivo Geral	Objetivos Específicos
Promover a qualidade de vida e prevenir complicações, na pessoa em situação de dependência, em contexto comunitário	<ol style="list-style-type: none"> 1. Detetar precocemente necessidades de cuidados de reabilitação especializados e possíveis complicações decorrentes da sua implementação; 2. Implementar cuidados de enfermagem de reabilitação especializados, ao nível da reeducação funcional respiratória e sensório – motora, apropriados às necessidades de autocuidados apresentadas pelos doentes com diferentes níveis de dependência; 3. Prestar cuidados especializados de reabilitação, com ênfase na pessoa com Dependência e respetiva família, tendo em vista a readaptação socio familiar; 4. Fornecer suporte emocional diferenciado visando a criação de um ambiente que apoie o desenvolvimento pessoal; 5. Estabelecer uma comunicação eficaz com a equipa multidisciplinar envolvida no processo de reabilitação com ênfase na pessoa dependente;

5.3. Operacionalização dos Objetivos

	Reabilita – Mais Saúde, mais Vida		
	Data de Emissão: 04 / 01 / 2016	Data de Revisão: __ / __ / __	

Para operacionalizar os objetivos anteriormente descritos, vai-se ter em conta as competências pré-estabelecidas pela Ordem dos Enfermeiros, para a função de enfermeiro especialista em reabilitação.

Relativamente ao projeto em questão este vai-se dividir em 2 grandes áreas de atuação, que estão interligadas. A primeira etapa corresponde ao levantamento de necessidades e identificar potenciais agentes alvos de programas de reabilitação, quer no seio da atuação da ECCL, quer ao nível de todos os outros intervenientes na área dos Cuidados de Saúde Primários. Para esta etapa é fundamental implementar escalas já validadas, como a Escala de Barthel, a Escala de Braden e a Escala de Morse, instrumentos já validados e inseridos no sistema informático utilizado em toda a ULS Guarda. Estas para além de funcionarem como forma de identificar problemas e necessidades, têm também, um papel crucial, numa segunda fase, na avaliação e acompanhamento dos programas de reabilitação implementados. Para esta primeira etapa é necessário por um lado cruzar informações já obtidas pela ECCL e por outro realizar visitas domiciliárias a fim de se fazer uma correta avaliação dos doentes potenciais.

Numa segunda etapa e depois de identificadas as necessidades e os doentes potenciais realiza-se uma avaliação mais objetiva do doente de forma a planear, com posterior implementação, o programa de reabilitação personalizado a cada doente.

Este projeto-piloto conta inicialmente com um período de 4 horas semanais, selecionadas pelos intervenientes no projeto de acordo com as suas necessidades bem como, com a disponibilidade dos recursos humanos e materiais, nomeadamente viatura de transporte da instituição. Esta carga horaria visa a avaliação e identificação de necessidades e consequente implementação do programa de reabilitação previamente planeado em contexto de visita domiciliária.

O fato de um dos enfermeiros intervenientes no projeto estar a cargo da visita domiciliária e pertencer à ECCL e portanto estar em constante comunicação com os restantes membros, constitui uma grande mais-valia na primeira etapa do projeto o que se traduz numa maior disponibilidade de horas para a implementação do programa de reabilitação.

Para o bom desempenho do projeto e especialmente numa fase inicial, torna-se absolutamente necessário definir claramente os critérios de inclusão de doentes. Pois o facto de a

	Reabilita – Mais Saúde, mais Vida		
	Data de Emissão: 04 / 01 / 2016	Data de Revisão: __ / __ / __	

U.C.S.P. - Fornos de Algodres estar localizada numa zona rural e por sua vez apresentar um elevado envelhecimento demográfico, que faz aumentar a probabilidade de existir um maior número de pessoas com necessidades de reabilitação, associado a uma reduzida carga horaria disponibilizada para a implementação deste projeto, fortalece a necessidade de existência de critérios e inclusão específicos.

Tendo em conta todos os aspetos anteriormente enumerados foram estabelecidos como critérios de inclusão, doentes com um score na escala de Barthel inferior a 60 e/ ou doentes com score na escala de Braden inferior a 16. Para além destes critérios é necessário ter em conta o papel sempre importante da fisioterapeuta na U.C.S.P. - Fornos de Algodres, assim perante doentes que reúnam os critérios atrás mencionados e que estão a ser seguidos pela ECCL, não podem existir critérios rígidos na seleção do grupo profissional que os irá seguir, apesar de existir sempre a noção de encaminhar doentes em situações agudas e com maior potencial de recuperação para a fisioterapia, este não deve ser um critério rígido. Nestas situações exige-se uma cooperação mútua de forma a dar a melhor resposta as necessidades do doente.

Para operacionalizar este projeto serão necessários alguns recursos materiais e humanos. Relativamente aos recursos materiais é imprescindível a cedência da viatura de transporte para assegurar as deslocações ao domicílio do doente, para além desta destaca-se a necessidade de pequenos equipamentos disponíveis, como bolas, pesos adequados, faixas elásticas de diferentes resistências para serem adaptadas a tolerância do doente. Em relação aos recursos humanos, o projeto está a cargo de 2 enfermeiros especialistas responsáveis pela prestação de cuidados especializados de reabilitação adequados a situação apresentada, mas para a consolidação deste projeto é necessária a colaboração direta ou indireta de todos os colaboradores que constituem a U.C.S.P. - Fornos de Algodres.

Este projeto-piloto visa dar resposta às necessidades dos doentes quer ao nível da reabilitação respiratória, quer ao nível da reabilitação sensório motora, dotando assim a comunidade abrangida por esta unidade de saúde de recursos, necessários, por um lado a despistar e prevenir complicações, reduzir exacerbações de determinadas patologias, reduzir internamentos, promover a autonomia e reintegração / readaptação social, bem como dar seguimento aos programas de

	Reabilita – Mais Saúde, mais Vida		
	Data de Emissão: 04 / 01 / 2016	Data de Revisão: __ / __ / __	

reabilitação, desenvolvidos em contexto hospitalar, na comunidade. Pois só assim é possível atingir os objetivos propostos.

5.4. Planear e Executar Tarefas/Atividades

Através da sistematização das atividades, para posterior concretização, pretende-se obter uma base técnico-científica mais sólida e humana na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação, atingindo de uma forma organizada e orientada os objetivos propostos, indo de encontro às competências definidas para a área do cuidado de enfermagem especializado em reabilitação.

As atividades a desenvolver estão diretamente relacionadas com a prestação de cuidados a doentes com alterações do seu nível de dependência com ênfase no doente em contexto comunitário desde a sua avaliação inicial e identificação de fatores de risco, até ao planeamento, implementação e avaliação dos cuidados especializados e respetivo registo.

De acordo com os objetivos enumerados anteriormente, vão ser definidas para cada um deles as atividades previstas para a sua concretização, bem como os respetivos recursos a utilizar. Salienta-se que o facto de existirem objetivos interligados o que faz, com que existam atividades planeadas comuns, pelo que estas apenas vão ser mencionadas nos objetivos cuja sua utilização seja mais importante e marque a diferença, de forma a sistematizar a informação. Para uma eficaz execução das várias atividades descritas e consequente concretização dos objetivos programados é necessário recorrer à utilização de vários tipos de recursos. Para concretizar as atividades delineadas, muitos dos recursos são comuns.

	Reabilita – Mais Saúde, mais Vida		
	Data de Emissão: 04 / 01 / 2016	Data de Revisão: __ / __ / __	

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O enquadramento conceptual centra-se numa situação com impacto clínico individual e social considerável e, consequentemente, com uma grande implicação económica para o doente, família e sociedade que devem ser valorizados. A dependência física e o seu consequente agravamento para além de causar problemas a nível psicológico, é responsável por inúmeras limitações físicas severas, impondo restrições ao desempenho dos autocuidados (Dweik &Stoller, 2009).

Atualmente tem-se apostado bastante na prevenção e controle desta situação, de onde se destaca o contributo da enfermagem de reabilitação na promoção dos autocuidados, através de um trabalho de parceria entre o enfermeiro de reabilitação, doente e família. Pois falar em teoria do défice de auto cuidado de Orem é falar numa teoria de constante parceria, de forma a que seja possível ao doente conjuntamente com o enfermeiro, capacitar-se e desenvolver a sua capacidade de agir ou decidir, de forma a assegurar uma resposta a uma necessidade, salvaguardando os autocuidados (Orem, 1991).

Tendo como base as competências do enfermeiro especialista, entende-se que a prática clínica especializada deve assentar em sólidos e válidos padrões de conhecimento (OE, 2010), à luz da atual conjuntura. Este fato é um forte aliado para alcançar resultados, que se traduzem em ganhos em saúde no doente dependente.

Com a realização deste projeto foi possível analisar e desvendar a importância da intervenção do enfermeiro especialista em reabilitação na pessoa com défices de autocuidados aos vários níveis, com ênfase na pessoa com Dependência e sua família. A realização de um projeto centrado numa planificação prévia, tal como se preconiza com a metodologia de trabalho de projeto, faz com que este processo construtivo e dinâmico tenha sido marcado por alguns constrangimentos traduzidos em avanços e recuos. A este nível é de salientar o interesse de todos os intervenientes para levar a bom porto a implementação deste projeto. Embora seja um projeto pequeno e piloto existe um grande desejo de toda a equipa multidisciplinar para o colocar ao serviço da população o mais rapidamente possível. Tal como muitos outros projetos o seu grande constrangimento é a carga horária disponibilizada, bem como os poucos recursos existentes. A estes 2 acresce a disponibilidade de horários da viatura da unidade.

	Reabilita – Mais Saúde, mais Vida		
	Data de Emissão: 04 / 01 / 2016	Data de Revisão: __ / __ / __	

Assim com o empenho e a dedicação de todos esperamos atingir os objetivos do projeto, bem como a curto e medio prazo aumentar a carteira de doentes atingidos pelo projeto, bem como aumentar a carga horaria disponibilizada. A longo prazo pretendemos que este projeto seja considerado uma mais-valia para a prestação de cuidados na comunidade e assim alarga-lo a toda a ULS Guarda.

	Reabilita – Mais Saúde, mais Vida		
	Data de Emissão: 04 / 01 / 2016	Data de Revisão: __ / __ / __	

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALBERT, R. K., SPIRO, S. G., & JETT, J. R. (2008). *Clinical Respiratory Medicine* (3ª ed.). Philadelphia
- AZEVEDO, P. (2008). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação ao Adulto com Necessidade de Cinesioterapia Respiratória*. Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny, Funchal, Portugal.
- BENNER, P. (2001). *De iniciado a perito. Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. (A. A. Queirós, Trad.). Coimbra: Quarteto. (Tradução do original do inglês *From novice to expert. Excellence and power in clinical nursing practice*, first edition, 2001, Pearson Education, Inc);
- BOND, J. et al. (1993) - *Aging in Society – an introduction to Social Gerontology* (2ª Edição). London: Sage Publications
- CANTEIRO, C., HEITOR, C., GOMES, I., MELO, I., MOITA, J., FERREIRA, M., FERNANDES, M. & SANTOS, J. (1997). Normas Clínicas para Intervenção na Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica da Sociedade Portuguesa de Pneumologia. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 3(3), 331-362.
- CARVALHO, A. & DIOGO, F. (1999). *Projecto educativo* (3.ªed.).Porto: Edições Afrontamento.
- CASTRO, L. & RICARDO, M. (2002). *Gerir o Trabalho de Projecto, Guia para a flexibilização e Revisão Curriculares*. Lisboa: Texto editores.
- DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2014). *Portugal Doenças Respiratórias em números Programa Nacional para as doenças respiratórias*, Acedido em 25/05/2015, Disponível em: <http://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-doencas-respiratorias-em-numeros-2014-pdf.aspx>
- DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2010). *Programa Nacional de Prevenção e Controle da DPOC - Informação Complementar sobre a DPOC em Portugal*. Acedido em 25/05/2015, Disponível em: <http://www.dgs.pt/wwwbase/wwwinclude/ficheiro.aspx?tipo=0&mid=5005&id=20985&ambiente=WebSiteMenu>
- DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. (2009). *Orientações Técnicas sobre Reabilitação Respiratória na Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica*. Lisboa
- EUROTRIALS (2007). *Boletim Informativo Saúde em Mapas e Números*. Eurotrials Consultores Científicos 24, 1-4.

	Reabilita – Mais Saúde, mais Vida		
	Data de Emissão: 04 / 01 / 2016	Data de Revisão: __ / __ / __	

- DODD, M. J., & MIASKOWSKI, C. (2000). *The pro- self program: A self- care intervention program for patients receiving cancer treatment*. Seminars in Oncology Nursing, 16, 300–308.
- DWEIK, R. & STOLLER, J. (2009). *Obstructive Pulmonary Disease: COPD, Asthma and Related Diseases*. In Wilkins, R. L., Stoller, J. K., and Kacmarek, R. M. (Eds.), *Egan's Fundamentals of Respiratory Care* (9th. ed., pp. 503-524). United States: Mosby.
- DORAN, D. (2011) – *Nursing Outcomes: the state of the science*. 2ª Ed.. Sudbury: Jones & Bartlett Learning. ISBN 978-0-7637-8325-9.
- FERNANDES, A. (2009). *Reabilitação respiratória em DPOC – a importância da abordagem fisioterapêutica*. Pulmão RJ - Atualizações Temáticas, 1.
- FERNANDES, M. (1999). *Metodologia de Projecto*, **Servir. 47(5); 233-236**.
- FISHMAN, A. P., ELIAS, J. A., FISHMAN, J. A., GRIPPI, M. A., SENIOR, R. A., & PACK, A. I. (2008). *Fishman's Pulmonary Diseases and Disorders* (Fourth Edition ed.). Philadelphia.
- GEORGE, J. ET. AL.(2000). *Teorias de Enfermagem Os Fundamentos à Pratica Profissional*. (4.ªed.). Trad. Ana Maria Vasconcellos Thorell. Porto Alegre: Artmed Editora.
- GIL. A. (2010) - *Heróis do quotidiano: dinâmicas familiares na dependência*. Lisboa: Gulbenkian
- GU M. ; VICKI S. (2008). *Conn Meta-Analysis of the Effects of Exercise Interventions on Functional Status in Older Adults*. Research In Nursing And Health. 31 (6):594-603.
- HESBEEN, W. (2003) - *A Reabilitação: criar novos caminhos*. Loures: Lusociência
- HOEMAN, S. (2000). *Enfermagem de Reabilitação: aplicação e processo*. 2ª Ed. Loures: Lusociência.
- HONORÉ, B. (2004) - *Cuidar: persistir em conjunto na existência*. Loures: Lusociência
- JEZAUN, C. & SABROYA L. (2001) *Níveis de dependência nos idosos*. Nursing, 161. ISSN 0871-6196
- MENOITA, E. C.; & CORDEIRO, M.C.O.(2012). *Manual de Boas Praticas na Reabilitação Respiratoria. Conceitos, princípios e técnicas*. Lusociencia.
- NÉRICI, I. (1987). *Metodologia do Ensino*, (2.ª ed.).São Paulo: Editora Atlas.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS, CONSELHO DE ENFERMAGEM. (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento concetual, Enunciado descritivos*. Divulgar Dezembro.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (Maio 2010). *Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista Enfermagem de Reabilitação*. Acedido em: 22/04/15, Disponível em:

	Reabilita – Mais Saúde, mais Vida		
	Data de Emissão: 04 / 01 / 2016	Data de Revisão: __ / __ / __	

http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/MCEER_Parecer_12_2014_Competencias_no_ambito_dos_cuidados_especializados_em_Enfermagem_de_Reabilitacao.pdf

OREM, D. (1991). *Nursing: Concepts of practice* (4.ª ed.). St. Louis: MosBy.

PETRONILHO, F. (2007). *Preparação do regresso a casa*. Coimbra: Formasau.

PHIPPS, W., SANDS, J. & MAREK, J., (2003). *Enfermagem Médico – Cirúrgica – Conceitos e Prática* (6ªed.) Loures: Lusociência.

PORTUGAL. Direção Geral da Saúde (2013) – *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa. Acedido em 2015/12/80. Disponível em: <http://www.dgs.pt/?cr=24430>

PORTUGAL. Direção Geral da Saúde (2004) - *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Lisboa. Acedido em 2015/12/10. Disponível em: <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/1C6DFF0E-9E74-4DED-94A9-F7EA0B3760AA/0/i006346.pdf>

PRESTO, B. & DAMÁZIO, L. (2009). *Fisioterapia Respiratória* (4ª Ed ed.). Rio de Janeiro.

REGULAMENTO N.º 125/2011 DE 18 DE FEVEREIRO (2011B). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*, aprovado em Assembleia Geral Extraordinária de 20 de Novembro de 2010. Diário da República, II série, N.º 35 (18/2/2011) 8658- 8659; Regulamento nº 350/2015 de 22 de Junho (2015).

REGULAMENTO DOS PADRÕES DE QUALIDADE DOS CUIDADOS ESPECIALIZADOS EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO, aprovado em Assembleia Geral de 22 de Outubro de 2011. Diário da República, II série, Nº 119 (22/06/2015) 16655-1666.

RIBEIRO, O. & PINTO, C. (2013). Caracterização da pessoa dependente no autocuidado: um estudo de base populacional num concelho do norte de Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Publica*, 32(1), 27–36

SALES, F. & IRACI S. (2007). *Perfil de idosos Hospitalizados e Nível de Dependência de Cuidados de Enfermagem: Identificação de Necessidades*. Brasil, Texto e Contexto Enfermagem, Julho-Setembro. Vol. 16 Universidade Federal de Santa Catarina.

SIDANIS., (2011). *Self-Care". Nursing Outcomes: State of the Science*. Toronto: Faculty of Nursing University of Toronto.

SOCIEDADE PORTUGUESA MEDICINA FISICA DE REABILITAÇÃO (SPMFR) (2009) - Livro Branco de Medicina Fisica e de Reabilitação na Europa

Apêndice V

(Escala de Avaliação)

	Avaliação dos Utentes em Domicilio												
	Data de Emissão: 15 / 12 / 2015						Data de Revisão: __ / __ / __						

Mês: _____

Ano: _____

<u>Utentes</u>	<u>Escala de Coma de Glasgow</u>								<u>Escala de Morse</u>							
	<i>1ª Aval.</i>		<i>2ª Aval.</i>		<i>3ª Aval.</i>		<i>4ª Aval.</i>		<i>1ª Aval.</i>		<i>2ª Aval.</i>		<i>3ª Aval.</i>		<i>4ª Aval.</i>	
	Score	Data	Score	Data	Score	Data	Score	Data	Score	Data	Score	Data	Score	Data	Score	Data

Mês: _____

Ano: _____

	<i>Avaliação dos Utentes em Domicilio</i>	
	Data de Emissão: 15 / 12 / 2015	Data de Revisão: __ / __ / __

[illegible]

Apêndice VI

(Folhas de registo de
reabilitação)

[illegible]

Apêndice VII

(Sessão Otimização da
Terapêutica Inalatória)



***VI Curso de Especialização em
Enfermagem de Reabilitação***

Estágio com Relatório



***Otimização de terapêutica
Inalatória***



Aluno: Paulo Plácido
Tutor: Prof.º Joaquim Paulo
Orientador: Enfª Gina Monteiro

Novembro de 2015

Apêndice VIII

(Panfletos)

Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE

Serviço de Pneumologia

Terapêutica Inalatória – Como utilizar?

Data de Emissão: 30 / 10 / 2015

Data de Revisão: __ / __ / __

Terapêutica Inalatória - Consiste na administração de fármacos pela via inalatória, podendo, ser efetuada através de diferentes dispositivos de inalação.

Inaladores Pressurizados Doseáveis



1. Realizar o inalador de pé, sentado ou semi – sentado;
2. Retirar a tampa e agitar / aquecer o inalador



3. Colocar o inalador na vertical, em forma de L
4. Colocar a cabeça inclinada para trás e expirar profundamente;



5. Colocar o inalador entre os lábios fechados;
6. Iniciar a inspiração lentamente e ativar o inalador;
7. Inspirar lenta e o mais profundamente possível, durante 3 a 5s;



8. Suster a respiração durante cerca de 10 segundos;
9. Expirar lentamente;
10. Desadaptar o bucal e aguardar 30 s a 1 min para nova inalação;
11. Colocar a tampa e guardar o inalador;
12. Bochechar a cavidade oral, não deglutindo a água (após a inalação de corticosteroides).

Inaladores Pressurizados Doseáveis/ com camara expansora



1. Realizar o inalador de pé, sentado ou semi – sentado;
2. Retirar a tampa e agitar / aquecer o inalador;
3. Colocar o inalador na vertical, em forma de L e adapta-lo à camara;

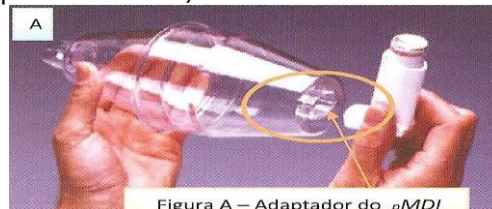


Figura A – Adaptador do pMDI

4. Colocar a cabeça inclinada para trás e expirar profundamente;
5. Colocar a camara entre os lábios fechados, no caso de a camara ter mascara esta deve ser bem adaptada à face do doente;
6. Ativar o inalador e inspirar lenta e o mais profundamente possível, durante 3 a 5s;



Figura B – Bucal

7. Suster a respiração durante cerca de 10 segundos;
8. Expirar lentamente;
9. Desadaptar o bucal e aguardar 30 s a 1 min para nova inalação;
10. Bochechar a cavidade oral, não deglutindo a água (após a inalação de corticosteroides).



Inaladores de Pó Seco

1. Realizar o inalador de pé, sentado ou semi – sentado;
2. Verificar se o mecanismo está limpo e se a peça bucal está desobstruída;
3. Colocar o inalador na posição correta, tendo em conta o tipo de dispositivo;
4. Preparar a medicação para inalação, de acordo com as instruções de cada dispositivo;
5. Colocar a pessoa de pé ou sentado e inclinar a cabeça ligeiramente para trás;
6. Expirar lenta e completamente, antes de colocar o dispositivo junto de si;
7. Colocar o bucal entre os dentes, fechando os lábios à volta da peça;
8. Inspirar rápida, vigorosa e profundamente para ativar o fluxo de medicação;



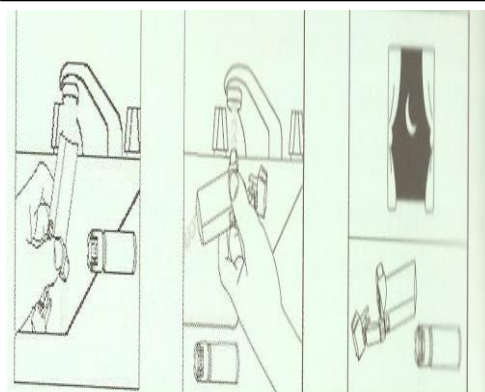
9. Tentar reter a medicação nos pulmões durante 10 segundos com a boca fechada;
10. Esperar cerca de 30 segundos a 1 minuto antes de repetir uma segunda inalação
11. Bochechar a boca com água, após a administração, para evitar a deglutição e posterior absorção

Limpeza e Manutenção (Inaladores Pressurizados e Camara Expansora)

- Após a inalação deve-se limpar o bucal com um pano húmido;
- Recomenda-se lavar o bucal 2 a 3 vezes por semana em água morna e detergente suave e posteriormente secar bem a embalagem plástica;
- Deve ser guardado à temperatura ambiente, evitar temperaturas elevadas;
- Nas camaras expansoras devem ser desmontadas todas as peças
- A lavagem da camara deve ser realizada com um detergente suave e uma vez por semana;
- Montar novamente a câmara e testar o funcionamento da válvula antes da sua utilização;
- As câmaras expansoras com fissuras devem ser substituídas;
- Não guardar as câmaras em locais de deposição de gorduras e/ou pó;

Limpeza e Manutenção (Inaladores Pó Seco)

- Após a inalação limpar o bucal com um pano húmido;
- Deve ser guardado à temperatura ambiente, evitar temperaturas elevadas;



Regras de Ouro

- Utilização correta dos sistemas de inalação, adequada às particularidades da pessoa e inalador;
- Sempre que possível, utilizar inaladores com a mesma técnica;
- Pedir esclarecimentos prévios sobre a técnica

Apêndice IX

(Comunicação Livre “A
influência da literacia em
saúde na gestão da
DPOC”)

A influência da literacia em saúde na gestão da DPOC

Ana Luísa Oliveira^{a,b}, Ângelo Baptista^{a,c}, Paulo Plácido^{a,d}, Tiago Silva^{a,e}

- ^a Estudantes do 6º CPLEER de ESEL (Unidade Curricular Recuperação II);
- ^b Enfermeira no Centro Hospitalar do Algarve;
- ^c Enfermeiro no Centro Hospitalar Lisboa Norte;
- ^d Enfermeiro na Unidade Local de Saúde de Guarda;
- ^e Enfermeiro no Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca.

Orientação: Prof.ª Cristina Saraiva



Apêndice X

(Avaliação dos
Orientadores)

ANEXO II

6º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM – ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

APRECIAÇÃO DO PERCURSO DE AQUISIÇÃO/DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Estudante: Paulo Jorge Domingues Plácido

Local de Estágio: ULS Guarda – Pneumologia

Início: 28 /09/2015 Fim: 29/11/2015

Orientador: Enfermeira Gina Monteiro

O Paulo como aluno de enfermagem de reabilitação, demonstrou de uma forma global ao longo do estágio ser um profissional de saúde, que possui um conjunto de qualificações que o habilita a exercer as suas funções de forma autónoma e em parceria, assumindo-se como perito em cuidados de enfermagem no seio das equipas de saúde, contribuindo para uma abordagem multi e interdisciplinar dos problemas.

Apresentou-se como detentor de um conjunto de conhecimentos científicos e técnicos, capacidades e habilidades profissionais, que lhe permitiram atingir os objetivos pedagógicos e aqueles aos quais se propôs, junto do doente do foro respiratório, mas também do foro neurológico e ortopédico sempre que assim lhe foi exigido no planeamento dos cuidados de reabilitação ao doente.

O aluno foi capaz de:

- Organizar e desenvolver programas globais de enfermagem de reabilitação centrados nas necessidades dos utentes (indivíduo e família) resultantes de deficiência e incapacidade devida a doença respiratória;
- Adaptar os programas em função da patologia, das limitações e dos objetivos, como sejam, diminuir a sobrecarga muscular, prevenir e corrigir os defeitos ventilatórios, assegurar a permeabilidade das vias aéreas, impedir a formação de aderência pleurais, corrigir defeitos posturais e reeducar no esforço;
- Contribuir para prevenir e tratar vários aspetos das desordens respiratórias, como obstrução do fluxo aéreo, retenção de secreções, alterações da função ventilatória, dispneia funcional...
- Adaptar individualmente, tendo em conta os diferentes estádios da doença – agudização, fase evolutiva, acompanhamento/continuidade – com a pessoa e com os meios disponíveis;

- Utilizar conhecimento científico e outros saberes adquiridos para intervir em conjunto com equipas multidisciplinares – Pneumologista, Fisioterapeuta, Nutricionista, Farmacêutica; Assistente Social - no planeamento e implementação dos cuidados especializados;
- Aplicar conhecimentos e técnicas de apoio na mobilização e eliminação de secreções – manejo de secreções e tosse; melhoria da ventilação pulmonar, promoção da reexpansão pulmonar; melhoria da oxigenação e trocas gasosas; diminuição do trabalho respiratório; diminuição do consumo de oxigénio; aumento da mobilidade torácica e da força muscular respiratória; promoção da independência respiratória funcional e prevenção de complicações;
- Executar as intervenções de enfermagem previamente selecionadas, avaliar periodicamente o programa, se necessário, adequação das técnicas escolhidas e realização de ajustamentos em função dos resultados obtidos e esperados;
- Desenvolver capacidade de autoaprendizagem;
- Ensinar, instruir, treinar e advogar o uso de dispositivos respiratórios;
- Promover uma adequada preparação e planeamento da alta do utente, incluindo o assegurar os conhecimentos do doente e/ou familiares de referência através da elaboração de carta de alta de enfermagem de reabilitação, bem como distribuição de panfletos, indispensáveis aos cuidados de saúde após alta;
- Atuar cientificamente e desenvolver iniciativas ou práticas de investigação como forma de resolução de problemas no âmbito do serviço de Pneumologia;
- Dar pareceres técnico científicos no âmbito da enfermagem de reabilitação;
- Desenvolver uma atitude de questionamento e de reflexão sobre as práticas promovendo a atualização científica, técnica e a mudança organizacional, no seio da equipa de enfermagem;
- Desenvolver e aplicar técnicas diversas, necessárias á prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação quer enquanto profissional, quer como membro de equipas de saúde;
- Dar resposta aos vários componentes de um programa de Reabilitação Respiratória, tais como Reeducação funcional respiratória, Treino de exercício, Otimização de terapia inalatória.

As competências que lhe aponto permitem de uma forma organizada dar resposta aos indicadores da prática de cuidados de enfermagem de reabilitação para a obtenção de ganhos na otimização da função respiratória na pessoa com patologia do foro respiratório.

ANEXO II

6º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM – ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

APRECIÇÃO DO PERCURSO DE AQUISIÇÃO/DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Estudante: Paulo Jorge Domingues Plácido

Local de Estágio: Unidade de Cuidados Personalizados de Fornos de Algodres Início: 30 /11/2015 Fim: 12/02/2016

Orientador: Armando Mocho

O Paulo, ao longo do estágio foi sempre uma pessoa assídua e pontual, tendo cumprindo a carga horaria que era proposta.

Demonstrou ser um aluno muito trabalhador, pro ativo e empenhado em tudo o que fazia, possuidor de uma boa bagagem de conhecimentos teórico práticos bastante consolidados, o que lhe permitiu prestar cuidados de enfermagem de Reabilitação a qualquer tipo de doente dependente, sem qualquer tipo de dificuldade. Denota uma boa capacidade de resposta perante situações adversas que exigem uma rápida e eficiente mobilização de experiências e de saberes.

É uma pessoa respeitadora de todos dos princípios ético legais e deontológicos, demonstrando sempre uma prática segura, baseada na evidência e rigor científico.

Aluno detentor de uma boa capacidade de criatividade e de promoção da qualidade dos cuidados, bem notória no projeto de reabilitação comunitária implementado na unidade de cuidados de saúde personalizados de Fornos de Algodres.

Ao longo do estágio adquiriu e consolidou as competências propostas para a função de enfermeiro especialista em reabilitação, que lhe permitiram prestar cuidados diferenciados a doentes do foro respiratório e motor. Demonstrou um grande envolvimento em prol do projeto de reabilitação e junto dos doentes que cuidava, traduzindo-se na criação de uma boa relação terapêutica entre, doente, família e equipa multidisciplinar.

Mediante todo isto concluo que o enfermeiro Paulo reúne todas as condições e competências necessárias ao exercício das funções de enfermeiro especialista.